

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA de ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA
RENAL CRÓNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA***

ARTUR AURÉLIO MARONA BEJA

LISBOA

MARÇO DE 2012



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÓNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ARTUR AURÉLIO MARONA BEJA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO ORIENTADO POR:

PROFESSORA DOUTORA MARIA SARAIVA

LISBOA

MARÇO DE 2012

Ao Matias pela dignidade e
coragem que sempre vi a
enfrentar a doença e olhar nos
olhos o futuro.

Sócrates a Teeteto: “Entrega-te, então, a mim e aquilo que eu te perguntar, como ao filho de uma parteira, também ele hábil na arte de fazer dar à luz, e empenha-te a responder como fores capaz.”

Platão (AC 492-347)

AGRADECIMENTOS

Expressos os meus agradecimentos sinceros às muitas pessoas que directa ou indirectamente contribuíram para este trabalho.

Agradeço de forma muito especial:

À Professora Doutora Maria Saraiva, pelos seus conselhos e orientação.

À Enfermeira Chefe Rosário de Athayde, pela sua crítica constante, que me ensinou nestes anos que trabalhamos em conjunto.

À Enfermeira Teresa Carneiro pela palavra sempre amiga e pelo cuidado.

A todas as pessoas, com doença renal crónica, com que contactei durante o Estágio, por tudo o que me ensinaram.

À Enfermeira Paula Luz e à Enfermeira Susana Duarte, pela orientação e pelos ensinamentos que partilharam nos ensinamentos clínicos.

Aos colegas de especialidade Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, em especial ao grupo a que pertenci durante o este primeiro ano, constituído pelo Filipe Ramos, sempre crítico e inconformado, ao Nuno Sá, atento e conciliador, à Manuela André, trabalhadora incansável para o colectivo, à Carla Fernandes, disciplinadora e atenta revisora da palavra escrita, e ao Daniel Ferraz, pela boa disposição quase impossível de aturar.

Ao Enfermeiro Nelson Guerra e à Enfermeira Paula Ramos, pela confiança e pelo trabalho em comum.

Aos Colegas de equipa do Serviço de Urgência, por tudo o que me apoiaram.

À minha família pelo que partilhamos, pela exigência, pela rectidão e pela palavra.

À Sónia, sempre companheira, pela paciência.

À Equipa Bamoximbora pelas corridas que tiveram que fazer sem mim.

RESUMO

A Doença Renal Crónica (DRC) alcançou uma proporção epidémica, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite de tratamento de substituição renal.

Segundo dados da Plataforma de Gestão Integrada da Doença Crónica, em 2011 existiam em Portugal mais de 14.000 pessoas com DRC em estágio 5, com necessidade de técnicas de substituição renal, 10.480 das quais estavam registadas em programa de diálise. A incidência da DRC em estágio 5 situa-se entre 4 e 5% novos casos por ano, prevendo-se que em 2025 atinja 24000 pessoas.

A maioria das pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática, facto que leva a que, muitas vezes, o diagnóstico da doença apenas surja na sequência de uma ida a um Serviço de Urgência (SU), após um qualquer evento crítico.

A literatura aponta que pessoas com DRC apresentam doença cardíaca como principal factor de admissão no SU, sendo que o número de pessoas com DRC que poderão vir a sofrer complicações cardiovasculares graves é 10 a 100 vezes superior à população sem DRC, dependendo do grau de insuficiência renal.

As pessoas com DRC e famílias dependem de cuidados de saúde permanentes, com custos directos e indirectos para o Sistema de Saúde, bem como para as suas vidas e para a comunidade.

Por outro lado a pessoa com DRC se vê a si mesmo como *colaborador e nunca como cumpridor* do seu cuidado, já os profissionais de saúde são tidos como *convidados na vida dos doentes*, pelo que, na prestação de cuidados, são as regras dos clientes que devem ser respeitadas e não as dos profissionais (Fernandes, 2008).

Partindo da necessidade de prover os enfermeiros do SU de instrumentos que contribuam para a melhoria dos padrões de qualidade na prestação de cuidados, foi elaborada uma proposta de Protocolo Clínico “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU*”, através, de uma síntese de todas as

aprendizagens decorrentes do Estágio, relatadas neste documento, integrando os elementos teóricos e práticos do mesmo.

Os objectivos do presente relatório são: (1) enquadrar conceptualmente a prática de enfermagem através da teoria da *primazia do cuidar* de Benner e Wurbel, (2) apresentar a metodologia que levou a criação da proposta do Protocolo Clínico, validação e futura implementação, (3) apresentar os resultados obtidos através das actividades efectuadas, (4) reflectir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Os resultados alcançados encontram-se descritos na discussão e conclusão, sendo apresentados nas três vertentes da implicação para a prática dos cuidados: (1) contributo para a melhoria dos cuidados, (2) contributo para a investigação, e (3) contributo para as políticas de saúde a nível organizacional.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Competências; Enfermeiro Especialista; Doença Renal Crónica; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

The Chronic Kidney Disease (CKD) reached an epidemic proportion, calculated that about 10% of the population requires renal replacement therapy. According to the Platform for Integrated Management of Chronic Illness, in 2011 Portugal had more than 14,000 people with CKD stage 5, requiring renal replacement techniques, of which 10,480 were registered on dialysis. The incidence of CKD stage 5 is between 4 and 5% new cases per year and it's expected that 24,000 people reach 2025.

Most people lose kidney function in insidious and asymptomatic way, a fact which results that frequently the diagnosis of the disease arises only as consequence of a visit to a hospital's emergency department (*ED*), after any critical event. The literature suggests that people with CKD have heart disease, as the main reason for admission in the *ED*. Thus, the number of persons with CKD may suffer serious cardiovascular complications is 10 to 100 times, the CKD population without depending on the degree of renal failure.

People with CKD and their families, healthcare depends on permanent, direct and indirect costs to the healthcare system, as well as for their lives and their community.

On the other hand, the person with CKD sees himself as a collaborator and not as a *followers* of his care, since health professionals are seen as *guests in patients' lives*, so that, in providing care, the rules of the customers are the ones who must be respected and *not the professionals ones* (Fernandes, 2008).

Starting from the need to provide instruments to *ED*'s nurses that contribute to the improvement of quality standards in healthcare, a Clinical Protocol's proposal was drafted "Nursing Care for People with CKD in the *ED* " through, a synthesis of all learning under the internship, reported in this paper, integrating its theoretical and practical elements.

The aim of this report are: (1) fit conceptually nursing practice through the theory of the primacy of caring for Benner & Wurbel (1989), (2) present the methodology that led to the creation of the proposed Clinical Protocol, future validation and implementation, (2) present the results obtained through the activities carried out, (3) reflect critically the practice developed towards common and specific competences of the Specialist Nurse in Nursing People under Critical Situation, as defined by the Order of Nurses.

The reached results are described in the discussion and conclusion being presented in three areas of implications for the practice of healthcare: (1) contribution to improving patient healthcare, (2) contribution for the research, and (3) contribution to the health policies at the organizational level.

Keywords: Nursing Care; Competences, Specialist Nurse, Chronic Renal Disease; Emergency Department.

LISTA DE SIGLAS

CEc – Cuidados de Enfermagem Complexos

CH – Centro Hospitalar

DP – Diálise Peritoneal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DRC – Doença Renal Crónica

DRCt - Doença Renal Crónica terminal, ou em estágio 5

EC – Ensino Clínico

EC1 – Ensino Clínico 1

EC2 – Ensino Clínico 2

EC3 – Ensino Clínico 3

ERC – European Resuscitation Council

FAV – Fistula Artériovenosa

HTA – Hipertensão arterial

HD – Hemodiálise

ICN - International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRC – Insuficiência Renal Crónica

KDOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

NCCCC – National Collaborating Centre for Chronic Conditions

NKF - National Kidney Foundation

OE – Ordem dos Enfermeiros

PGID – Plataforma de Gestão Integrada da Doença

SE – Sala de Emergência

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SU – Serviço de Urgência

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSR – Tratamento de Substituição Renal

TxR – Transplante Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Contextualização do Estágio	3
1.1.1. Problemática.....	4
1.1.2. Enquadramento da Problemática.....	5
1.2. Objectivos do Estágio	5
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
2.1. Quadro Conceptual	7
2.1.1. Teoria de Enfermagem	7
2.1.2. Desenvolvimento de Competências	10
2.1.3. Doença Renal Crónica.....	11
2.1.4. Serviço de Urgência	13
2.2. Revisão da Literatura	14
2.2.1. Protocolo de Pesquisa	14
2.2.2. Resultados.....	16
2.2.3. Discussão/Conclusão.....	17
3. MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1. Metodologia Projecto.....	21
3.1.1. Procedimentos de Execução do Projecto.....	22
3.2. Instrumentos.....	23
3.2.1. Prática Reflexiva	23
3.2.2. Painel de Peritos.....	25
3.3. Materiais.....	28
3.4. Validade e Fiabilidade do Método.....	29
4. RESULTADOS.....	31
4.1. Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos à pessoa com DRC	32
4.2. Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e TxR	36
4.3. Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos.....	38
4.4. Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência	40
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	43
5.1. Desenvolvimento de Competências	43

5.2. Limitações	47
5.3. Implicações para a Prática.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÊNDICES	57
APÊNDICE I – Objectivos do Projecto e Indicadores de Avaliação.....	59
APÊNDICE II – Cronograma	65
APÊNDICE III – Resumo dos artigos da Revisão da Literatura	69
APÊNDICE IV – Resumo dos Dados Contidos nos Estudos Empíricos da revisão da Literatura.....	75
APÊNDICE V – Objectivos Para o Ensino Clínico 1.....	79
APÊNDICE VI – Objectivos Para o Ensino Clínico 2	89
APÊNDICE VII – Objectivos Para o Ensino Clínico 3	99
APÊNDICE VIII – Sinopse de Apresentação do Protocolo Clínico às Enfermeiras Chefe das UCI	107
APÊNDICE XIX – Instrumento de Validação do Protocolo Clínico	111
APÊNDICE X – Protocolo Clínico Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU.....	115
APÊNDICE XI – Caracterização do EC1.....	127
APÊNDICE XII – Descrição da Organização da Equipa de Enfermagem para a Prestação de Cuidados no EC1.....	133
APÊNDICE XIII – Estudo de Caso “Pessoa Com DRCt Recente”	139
APÊNDICE XIV – Estudo de Caso “Pessoa Com DRC Desprogramada de TSR”	153
APÊNDICE XV – Observação da Unidade de Cirurgia do Ambulatório.....	161
APÊNDICE XVI – Paragem Cardiorrespiratória na Sala de HD.....	167
APÊNDICE XVII – Caracterização do EC 2.....	173
APÊNDICE XVIII – Cuidados de Enfermagem no Hospital de Dia de DP e de TXR.	181
APÊNDICE XIX – Consulta de TxR Hospital de Dia	191
APÊNDICE XX – UDP Hospital de Dia.....	199
APÊNDICE XXI – Estudo de Caso “Viver com DRCt”	211
APÊNDICE XXII – Formação em Serviço EC1	225
APÊNDICE XXIII – Formação em Serviço EC2	229
APÊNDICE XXIV – Lista de Verificação do Carro de Emergência	237
APÊNDICE XXV – Caracterização do EC 3	241
APÊNDICE XXVI – Resultados da Validação do Protocolo Clínico.....	247
ANEXOS.....	253

ANEXO I – Avaliação da Acção de Formação EC1	255
ANEXO II – Avaliação Qualitativa do EC1.....	259
ANEXO III – Avaliação Qualitativa do EC2	263

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estratificação da DRC Segundo Critério da KDOQI e Actualizada pela NCCCC.....	12
Tabela 2 - Artigos Seleccionados na Revisão da Literatura	16
Tabela 3 - Principais actividades realizadas	32
Tabela 4 - Cronograma de Implementação do Protocolo Clínico	45

Índice de Figuras

Figura 1 - Resumo da pesquisa de revisão da literatura	15
Figura 2 - Ciclo Reflexivo de Gibbs	25

1. INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o *relatório*¹ da “*Unidade Curricular Estágio com Relatório*”², inserida no 2º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia.

A sua elaboração e apresentação visam a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, e a defesa pública o grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

O percurso proposto para o Estágio assentou no meu desenvolvimento como enfermeiro, formado em 1991 e que, desde 1994, presta cuidados no Serviço de Urgência (SU) Polivalente de um Hospital de referência, integrado num Centro Hospitalar (CH) da cidade de Lisboa.

O Estágio teve como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos condicentes com as *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* enunciadas pela *Ordem dos Enfermeiros (OE)* (2009) e vertidas na Lei (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro), nos seus quatro domínios: (1) *Responsabilidade profissional, ética e legal*; (2) *Melhoria contínua da qualidade*; (3) *Gestão dos cuidados*; (4) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Artigo 4º), e com as competências específicas vertido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro).

O Estágio e o Relatório são enquadrados pelo “*Código Deontológico dos Enfermeiros*” contido nos estatutos da OE (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro), pelos “*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*” (OE, 2001) e pelo “*The European Core Curriculum for a Pos-Basic Course in Nephrology Nursing*” (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004).

Foi utilizado como concepção da teoria de enfermagem o proposto por Benner & Wrubel (1989) na obra “*The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*”.

¹ Adiante designado por Relatório.

² Adiante designado por Estágio.

O Estágio desenvolve-se em torno do tema “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) no SU*”, procurando dar resposta a um problema identificado na minha prática profissional: a necessidade de desenvolver competências específicas para prestação de cuidados de Enfermagem Especializados no contexto do SU.

A conceptualização e realização do Estágio seguiram a *Metodologia de Projecto* (Boutinet, 1996; Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Esta metodologia baseia-se no princípio da *prática reflexiva*, que, de forma sistemática, visa identificar problemas e criar um julgamento para a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Craig & Smyth, 2004; Lunney, 2010; Pearson, Wiechula, Court, & Carig, 2010; Ruivo et al., 2010; Standing, 2008).

A Metodologia de Projecto pressupõe uma organização com a descrição das diferentes etapas da sua concepção e implementação, que é faseada no tempo.

Neste Relatório são abordadas questões relacionadas com as etapas de execução das actividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados (Boutinet, 1996; Ruivo et al., 2010), tendo as fases de contextualização, enquadramento, diagnóstico de intervenção e de planeamento das actividades através de meios e estratégias sido descritas em documento anterior – *Projecto de Estágio*³ - que serviu de suporte ao Estágio.

O Relatório é composto por cinco capítulos (Azevedo, 2009).

O *Capítulo 1* corresponde a esta *Introdução*, onde se faz a apresentação do tema, contextualização da problemática, apresentação dos objectivos do Estágio;

No *Capítulo 2* é apresentada o *Enquadramento Teórico*, que conterà o quadro conceptual e a revisão da literatura sobre o tema do Estágio, onde é feita referência aos critérios para a delimitação da área que foi revista, aos trabalhos empíricos em áreas que se aproximam da problemática.

O *Capítulo 3* aborda e justifica a metodologia seguida durante o Estágio e os instrumentos utilizados para dar cumprimento aos objectivos.

Seguem-se o *Capítulo 4*, onde são apresentados os resultados obtidos, e o *Capítulo 5*, com uma reflexão sobre estes resultados, abordando as limitações

³ Adiante designado por *Projecto*.

decorrentes da metodologia utilizada, as implicações para a responsabilidade profissional, para a melhoria continua da qualidade, para a gestão dos cuidados e para o desenvolvimento de aprendizagens e investigação.

1.1. Contextualização do Estágio

A DRC alcançou uma proporção epidémica, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite de tratamento de substituição renal (TSR). A maioria destas pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática (Holcomb, 2005; Mahon, Jenkins, & Casal, 2007), facto que leva a que, muitas vezes, o diagnóstico da doença apenas surja na sequência de uma ida a um SU, após um qualquer evento crítico (Rohun et al., 2011; Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008).

Os resultados do *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006* (Instituto Nacional de Estatística (INE) & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009) apontam para a existência de 163.431 pessoas com insuficiência renal crónica, correspondendo a 1,55% dos 10.549.424 residentes no território nacional em 2005.

Em 2009, a *Doença do rim e do uréter*, foi causadora de 2.016 mortes em Portugal (INE, 2010).

Segundo dados da Plataforma de Gestão Integrada da Doença Crónica (PGID), em 2011 existiam em Portugal mais de 14.000 pessoas com DRC em estágio 5 (DRCt), com necessidade de TSR, 10.480 das quais estavam registadas em programa de diálise. A incidência da DRC em estágio 5 situa-se entre 4 e 5% novos casos por ano, prevendo-se que em 2025 atinja 24000 pessoas («PGID», 2011; Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), 2010).

O número de pessoas com DRC que poderão vir a sofrer complicações cardiovasculares graves é 10 a 100 vezes superior à população sem DRC, dependendo do grau de insuficiência renal. Este facto justifica a importância de diagnosticar precocemente a DRC, de forma a evitar a sobreposição de eventos cardiovasculares que aumentam a morbilidade e mortalidade associada à doença renal crónica («PGID», 2011).

Estas pessoas e famílias dependem de cuidados de saúde permanentes, com custos directos e indirectos – os custos com patologia associada entram na parte dos indirectos para o Sistema de Saúde, bem como custos directos e

indirectos para as suas vidas e para a comunidade, entre os quais se destacam custos “*humanos inquantificáveis relacionados com a dor, sofrimento e luto*” (OE & International Council of Nurses (ICN), 2010, p 22).

Os SU constituem uma capacidade instalada para a detecção da DRC, e, desta forma, contribuir para responder às necessidades de cuidados da população e evitar as complicações (*Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia*, 2003).

No levantamento de dados realizado para o Projecto, concluiu-se que 24,23% dos doentes admitidos, durante um ano, nas Salas de Emergência (SE) do SU Polivalente do CH onde presto cuidados, apresentavam referência clínica a DRC.

Mahon e colegas (2007) vincam que a capacidade para reconhecer a DRC, identificar os diferentes estádios de classificação, é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Por outro lado, a prática profissional e a literatura mostram-nos que a pessoa com DRC se vê a si mesmo como “*colaborador e nunca como cumpridor*” do seu cuidado (Fernandes, 2008, p 17), aceitando ou não as decisões e exercendo, desta forma, o seu poder. Já os profissionais de saúde são tidos como “*convidados na vida dos doentes*”, pelo que, na prestação de cuidados, são as regras dos clientes que devem ser respeitadas “*e não as dos profissionais*” (Fernandes, 2008, p 18).

É neste contexto que se enquadra a problemática que serviu de ponto de partida para o Estágio abordado no presente Relatório.

1.1.1. Problemática

Ao longo de 17 anos de prestação de cuidados de Enfermagem no SU constatei, de forma empírica, não só a afluência de muitos utentes com DRC ao Serviço, como a necessidade, por parte dos profissionais, de uma resposta adequada à especificidade desta população.

Partindo deste problema, com este *Estágio* procurei adquirir e desenvolver competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC em SU.

Na abordagem à pessoa no SU, e tendo como referência o modelo de aquisição de competências de Dreyfus proposto por Benner (2005), já não me

apoio no princípio analítico *regra – indicação*, mas sim nos *casos pragmáticos - máximas*, isto é, na apreensão global do problema com imediata solução no acto apropriado, que define o estado de *perito*.

Os saberes que caracterizam a prestação de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e em especial na área de Enfermagem Nefrológica, colocam-me no ponto de *iniciado*, ou de *iniciado avançado* (Benner, 2005). Durante este Estágio iniciei um caminho de aquisição de perícias que traduzirão competências na prática, respondendo ao que, do ponto de vista teórico, foi alcançado com a componente curricular já cumprida.

1.1.2. Enquadramento da Problemática

Para o enquadramento do tema do Projecto no contexto da prática, foi requerido ao Director do Serviço de Informática, com prévio conhecimento da Enfermeira Chefe, dados de caracterização da população entrada na SE com DRC.

Estes dados foram colhidos no Sistema Informático do CH⁴ pelos técnicos do departamento de informática, recorrendo a um conjunto de Palavras-Chave: Insuficiência Renal Crónica (*IRC*); Hemodiálise (*HD*).

Como limitador temporal foi utilizado um ano, entre 1 Março de 2010 e 30 Abril de 2011.

Como limitador espacial, foi utilizado o registo dos doentes encaminhados para as Salas de Emergência (*SE*), através do Protocolo de Triage de Manchester (Freitas, 1997). De um total de 2163 doentes admitidos nas SE durante o ano em estudo existem 524 referências a DRC, representando 24,23% dos entrados nas SE.

Estes dados, por si, justificam a necessidade de prover os enfermeiros de instrumentos que contribuam para a melhoria dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

1.2. Objectivos do Estágio

Considerando a finalidade do ensino clínico (*EC*) e a problemática identificada, foram definidos os seguintes objectivos para o Estágio:

⁴ O sistema do Centro hospitalar é denominado Healthcare Information System - HCIS © 2007, sendo um aplicativo da Hewlett-Packard Development Company (HP).

- 1) Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC;
- 2) Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e Transplante Renal (TxR);
- 3) Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos;
- 4) Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU.

O Estágio foi composto por 750 horas de EC, das quais 500, que decorreram em três campos de estágio distintos, foram dedicadas ao contacto directo e prestação de cuidados à pessoa com DRC. As restantes 250 horas foram divididas em 25 para orientação tutorial e 225 para trabalho autónomo.

Tendo em conta os objectivos traçados, o Estágio foi dividido em duas partes:

- Primeira parte - decorreu entre 6 de Outubro e 17 de Dezembro de 2011, composto por dois ensinamentos clínicos em Serviços de Nefrologia de referência de dois Hospitais da Grande Lisboa, que denominarei por *Ensino Clínico 1 (EC1)* e *Ensino Clínico 2 (EC2)*;
- Segunda parte – decorreu de 3 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012, em contexto da prática no SU polivalente de um CH de Lisboa, onde exerço funções. Será denominado por *Ensino Clínico 3 (EC3)*.

As actividades para atingir os três primeiros objectivos foram desenvolvidas na primeira parte do Estágio, sendo o quarto objectivo o centro da segunda parte.

No Projecto cada objectivo é enquadrado por competências orientadoras que levam ao estabelecimento de actividades⁵ e foi feita a calendarização das mesmas⁶.

⁵ APÊNDICE I – *Objectivos do Projecto e Indicadores de Avaliação*

⁶ APÊNDICE II – Cronograma

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o quadro conceptual utilizado na elaboração do Projecto e sua implementação e que constitui o suporte teórico deste Relatório.

É ainda apresentada uma revisão da literatura, onde se identificam estudos empíricos actualizados sobre a temática, com vista a reunir informação à cerca da investigação empírica realizada em áreas próximas do tema do Estágio, a fim enquadrar a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2.1. Quadro Conceptual

Partindo do tema definido para o Estágio, este quadro conceptual aborda os seguintes conceitos: (1) *Teoria de Enfermagem*; (2) *Desenvolvimento de Competências*; (3) *Doença Renal Crónica*; e (4) *Serviço de Urgência*.

2.1.1. Teoria de Enfermagem

O Projecto elaborado centrou-se na **pessoa** com DRC, com a sua vida autónoma, planos e pensamentos, que, por uma situação crítica, fica em contacto com o sistema de saúde, território que lhe provoca sentimento de perda de identidade, tornando-a vulnerável (Benner & Wrubel, 1989).

Para responder ao metaparadigma de enfermagem, do ponto de vista epistemológico serão utilizados os conceitos de *pessoa, saúde, ambiente e enfermagem*, desenvolvidos por Benner & Wrubel (1989) no livro “*The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*”.

A enfermagem é apresentada por estas autoras do ponto de vista da prática com base em duas premissas: (1) A prática de enfermagem é um todo sistemático com uma noção de excelência inerente à própria prática (MacIntyre, 1981, citado em Benner & Wrubel, 1989, p 19) (2) A teoria deriva da prática.

A teoria de enfermagem contida nesta obra advém da prática dos cuidados existentes no mundo real e tem como fundamento a necessidade de “*descrever, interpretar e explicitar não um imaginário ideal de enfermagem mas as actuais perícias de enfermagem tal como são praticadas no dia-a-dia*” (Benner & Wrubel, 1989, p 5).

Esta teoria tem como marco filosófico a visão fenomenológica de Heidegger (1962, 1982, citado em Benner & Wrubel, 1989, p 7) e Merleau-Ponty (1962,

citado em Benner & Wrubel, 1989, p 7), autores que reflectem as experiências da vida humana assentes em **ser saudável** e **estar mal**. Esta visão fenomenológica “*considera a maneira de ser da pessoa no mundo como prioridade do pensamento reflexivo; e que este modo de estar define as condições sob as quais os tratamentos serão procurados ou ajuda será apropriada*”¹ (Benner & Wrubel, 1989, p 7).

Neste sentido, o cuidar tem por função manter a pessoa e as suas opções para fazer frente aos acontecimentos, permitindo-lhe uma alternativa aceitável sem a colocar num espaço de vulnerabilidade (Benner & Wrubel, 1989).

Benner & Wrubel (1989) partem da assumpção de que a perícia da prática clínica de enfermagem resulta de uma articulação de abordagens que se complementam, conjugando a **primazia do cuidar**, para a promoção da saúde e restauração, com práticas curativas.

Esta abordagem assenta ainda numa visão fenomenológica do *stress* e do *coping*² para fazer face à expectativa de vida que perante a doença interrompe o decorrer do ciclo de vida, através do restabelecimento e promoção da saúde (Benner & Wrubel, 1989).

Pessoa

O conceito de *pessoa* definido por estas autoras parte da visão fenomenológica de Heidegger em oposição à visão mecanicista do dualismo cartesiano. Deste modo, a *pessoa* é entendida não como integrante de um mundo predefinido, mas sim como um ser com a possibilidade de se ir construindo ao longo da vida.

A *pessoa* é conceptualizada nos principais aspectos com que tem de viver: a questão da temporalidade, onde decorre a própria vida, com os eventos a ela associada; o **papel de corpo**; o **papel da situação**³; e, finalmente, o **papel das preocupações pessoais**. Estes domínios permitem conceber o *stress* e o *coping* do ponto de vista da fenomenologia (Benner & Wrubel, 1989).

¹ Tradução livre de “Consider the person’s way of being in the world as prior to reflective thought; and that way of being sets up the conditions under which treatments will be sought or help will be appropriated”

² Os conceitos de *stress* e *coping* são utilizados no original, por falta de melhor tradução que englobe todas as suas dimensões.

³ Tradução livre de “situation”, que encerra conceitos como *condição* em que a pessoa se encontra ou *estado* da pessoa.

Saúde

Saúde é entendida por Benner & Wrubel (1989) não apenas como a ausência de doença, tal como *estar doente* não é visto da mesma forma que *ter uma doença*. Assim, *saúde* é definida como bem-estar, no sentido que uma pessoa pode ter uma doença e não se encontrar ou sentir doente.

Ambiente

No modelo teórico adoptado, é claramente definido que o termo *ambiente*, “*que caracteriza a linguagem de enfermagem*”, é designado por **situação** (Benner & Wrubel, 1989, p 80). Este conceito implica a existência de um lugar para *estar* e um lugar para *ser*, sendo esperado dos enfermeiros apoiem⁴ a pessoa doente de modo a, rapidamente, compreender a mudança de situação no processo de estar doente.

A saúde e a doença **situam** sempre a pessoa na sua vida. Num caso de doença extrema, esta torna-se temporariamente a *situação* na totalidade, modificando um conjunto de significados, hábitos e perspectivas que *situam* a pessoa na vida (Benner & Wrubel, 1989).

Enfermagem

Enfermagem é enunciada por Benner & Wrubel (1989) como uma relação de cuidado, cuja essência é guiada pela arte da moral e pela ética que fundam a responsabilidade profissional dos cuidados.

A prática clínica de enfermagem, assente no **cuidar**, contém uma perspectiva do *stress* e o *coping* na saúde e na doença diferente da psicologia, da fisiologia e da visão biomédica, embora a enfermagem tire partido dessas disciplinas.

O *cuidar* é considerado fundamental para a enfermagem, no sentido em que possibilita um meio de oferecer e receber ajuda. As consequências de qualquer acto praticado serão sempre diferentes se este for revestido de *cuidar* ou se o *cuidar estiver ausente*⁵, porque o *cuidar* assenta na relação de confiança, fundamental para oferecer ajuda e de conduzir a um sentimento de que se está a ser cuidado (Benner & Wrubel, 1989).

⁴ Tradução livre de “coaches”.

⁵ Adaptação de “*noncaring*”

2.1.2. Desenvolvimento de Competências

Os saberes fazem parte da competência mas não são a competência. A competência tem uma dimensão essencial – a acção –, vista como o agir com pertinência mas também o compreender, e igualmente o juízo que origina o porquê e o como do agir (Boterf, 2005).

Ao traduzir a dimensão de *acção*, a competência deve ser definida em termos da própria acção – saber fazer; saber agir; saber reagir –, tendo por enquadramento a organização de trabalho que simultaneamente a solicita e a torna possível (Boterf, 2005).

Deste modo, a competência é também entendida como um processo e não como um estado, juntando e combinando elos e recursos múltiplos com vista a uma acção ou um contributo, com um determinado resultado perante um destinatário (Boterf, 2005).

O conceito de competência engloba uma construção multidimensional, que no trabalho de Dias (2006, p 7) surge dividido em cinco categorias ou dimensões: (1) Competências pessoais, genéricas, chave, terceira dimensão ou *soft-skills*; (2) Competências científicas, os conhecimentos, diferentes formas de saber, e saberes formalizados; (3) Competências técnicas, os saberes fazer que caracterizam a profissão; (4) Competências sócio-afectivas, incluindo as competências relacionais; (5) Competências ético-morais, dimensões do desenvolvimento pessoal, social e moral.

Estas categorias, ou dimensões, incluem um conjunto de atitudes, comportamentos e capacidades em diferentes saberes, convergindo nas capacidades técnicas e empíricas que constituem a prática de enfermagem. Mais do que cada uma destas categorias *per si*, a prática de enfermagem constitui-se como o seu conjunto, marcando-se desta forma a diferença face aos CEC (Bártolo, 2007; Defloor et al., 2006; Spichiger, Wallhagen, & Benner, 2005; Vieira, 2008).

São estes diferentes saberes que sustentam a tomada de decisão em enfermagem, levam o enfermeiro a incorporar os resultados da evidência científica na implementação das intervenções, de modo a detectar o problema e antecipar as soluções necessárias a determinada situação através da

capacidade de mobilizar os recursos cognitivos disponíveis para formar um juízo no sentido de criar a melhor estratégia (OE, 2009).

Benner (2005), na obra *“De Iniciado a Perito”*, apresenta as fases pelas quais os profissionais, e em particular os profissionais de enfermagem, atravessam até estarem aptos para a prestação do cuidado de excelência à pessoa.

No seu trabalho, baseado no modelo de *Dreyfus* de aquisição de conhecimentos, os enfermeiros são colocados em cinco categorias sucessivas, que traduzem o nível de competência em que se encontram para a prestação de cuidados de enfermagem.

Estas categorias, ou níveis, traduzem a mudança operada no enfermeiro em três aspectos gerais: (1) Passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização de uma experiência passada concreta, a título de paradigma; (2) Modificação de como se apercebe de uma situação, não a apreende como um conjunto de elementos fragmentado, mas como um todo, onde só algumas partes são relevantes; (3) Passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2005, p 39).

2.1.3. Doença Renal Crónica

A National Kidney Foundation (NKF), através do grupo de trabalho Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), publicou um documento com o propósito de definir, estratificar e oferecer linhas orientadoras para a abordagem à DRC (NKF & KDOQI, 2002), servindo este documento como suporte da intervenção de um conjunto significativo de instituições ligadas à problemática da DRC (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study, 2011; Douglas, Murtagh, Chambers, Howse, & Ellershaw, 2009; «Hospitalization discharge diagnoses for kidney disease - United States, 1980-2005.», 2008; Mahon et al., 2007; National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCCCC), 2008; «PGID», 2011; SPN, 2010; United States Renal Data System, 2011).

Definição e estratificação da DRC

A DRC é definida com base nos seguintes critérios: (1) Lesão presente por um período igual ou superior a 3 meses, definida por anomalias estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), manifestada por anomalias patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo

alterações sanguíneas ou renais em valores séricos ou exames de imagens; (2) TFG <60 ml/min/1,73 m² por um período ≥ 3 meses, com ou sem lesão renal (NKF & KDOQI, 2002, p 44).

A TFG é calculada através da fórmula *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD), que tem em conta o sexo, idade, creatinina sérica e a etnia da pessoa. (Douglas et al., 2009; Mahon et al., 2007; NKF & KDOQI, 2002).

Partindo destes critérios, e de acordo com os valores da TFG, é proposta uma estratificação para a DRC em cinco níveis ou estádios evolução (*Tabela 1*).

Tabela 1 - Estratificação da DRC Segundo Critério da KDOQI e Actualizada pela NCCCC.

<i>Estádio</i>	<i>Descrição</i>	<i>TFG (<60 ml/min/1,73 m²)</i>	<i>Proteinúria</i>
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90	Presente
2	Lesão renal com leve diminuição da TFG	[60-89]	Presente
3A	Lesão renal com moderada diminuição da TFG	[45-59]	Presente ou ausente
3B		[30-44]	
4	Lesão renal com severa diminuição da TFG	[15-29]	Presente ou ausente
5	Falência renal funcional ou doença renal terminal	<15	Presente ou ausente

(Adaptado de: NCCCC, 2008, p 5; KDOQI, 2002, p 44)

Factores de risco da DRC

Define-se *factor de risco* como um atributo associado à possibilidade aumentada da existência de um *resultado*. A relação entre o *factor de risco* e o *resultado*, pode ser casual ou não (NKF & KDOQI, 2002).

Partindo desta definição, a KDOQI propõe uma classificação de factores de risco, considerando que estes devem ser levados em conta na avaliação e acompanhamento das pessoas com DRC, em todos os estádios, permitindo adequar intervenções aos diagnósticos de modo a evitar o agravamento da função renal e a passagem aos estádios seguintes na classificação da DRC (Eknoyan, 2009; Holcomb, 2005; Levin et al., 2008; NKF & KDOQI, 2002).

Com base na literatura e em relatórios oficiais, os principais factores de risco da DRC são: (1) *Diabetes Mellitus*; (2) *Hipertensão arterial (HTA)*; (3) *Doença Cardiovascular*; (4) *Idade > 60 anos*; (5) *Tabaco*; (6) *Obesidade*; (7) *Estilo de vida sedentário*; (8) *Estado socioeconómico baixo* (Holcomb, 2005; «Hospitalization discharge diagnoses for kidney disease -United States, 1980-2005.», 2008; Mahon et al., 2007; NCCCC, 2008; NKF & KDOQI, 2002; «PGID», 2011; SPN, 2010; United States Renal Data System, 2011).

Principais comorbilidades associadas à DRC

Encontram-se descritas como principais comorbilidades da DRC: doença cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes, hemorragia gastrointestinal, HTA, doenças pulmonares, doença neurológica, neoplasia da pele, doença mental, celulite infecciosa recorrente e gangrena (*Annual Report 2010, 2011*; SPN, 2010).

Verifica-se uma forte relação entre tratamento agressivo para controlo da anemia, episódios de acidose, HTA, ou casos de desnutrição/hipoalbuminémia, de osteodistrofia renal, de dislipidémia, de hiperglicemia ou de cessação tabágica com a redução das comorbilidades, incidência de complicações e mortalidade em pessoas com DRC (Holcomb, 2005; Levin et al., 2008).

Principais complicações da DRC

As principais complicações da DRC – a perda de função renal e o desenvolvimento de doença cardíaca - têm origem num conjunto de alterações clínicas e laboratoriais que se designam por *Síndrome Urémico*. Esta síndrome, que atinge o organismo por inteiro, resulta de elevados níveis tóxicos de metabolitos nitrogenados e outras toxinas no sangue (Holcomb, 2005; Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011; NKF & KDOQI, 2002).

No respeitante à perda da função renal, esta encontra-se associada a um grande número de complicações sistémicas, devendo ser identificados os factores de risco associados, no sentido de a minorar.

A doença cardíaca é a complicação mais comum, com elevada incidência de mortalidade, existindo factores que podem ser potencialmente prevenidos (Holcomb, 2005; NKF & KDOQI, 2002).

2.1.4. Serviço de Urgência

Entende-se por Urgência: *“todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”*. Deste conceito decorre o de Emergência: *“todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”* (Despacho 18459/2006, 12 de Setembro).

O SU tem como missão a prestação de cuidados de primeira necessidade num curto espaço de tempo, para evitar o agravamento irreversível e colocar

fora de perigo, fazendo uso da concentração de meios disponíveis e pessoal preparado (Despacho 18459/2006, 12 de Setembro).

O Despacho 18459/2006 (12 de Setembro) que aprova a “*Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*” classifica no ponto 2, alínea c), “‘*Serviço de urgência polivalente*’ o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizado em regra num hospital central/centro hospitalar (...)”

2.2. Revisão da Literatura

Na revisão da literatura apresentada identificam-se estudos empíricos actualizados com recurso a uma pesquisa pelo esquema de referência *PI[c]O*: População, Intervenção, Comparação, Resultados/ Outcomes⁶ (Sackett et al, 1997, citado em Craig & Smyth, 2004, p 31).

A implementação da pesquisa *PI[c]O* partiu do tema de estágio e da definição feita para população, intervenção e resultados, não existindo comparação para ser pesquisada.

A discussão dos resultados da revisão tem como fio condutor os efeitos esperados dos cuidados de enfermagem na saúde das pessoas, o que lhe confere uma matriz de enfermagem (Basto, 2009).

2.2.1. Protocolo de Pesquisa

Considerando a temática partiu-se da questão “*Quais os cuidados de enfermagem dirigidos às pessoas com doença renal crónica no serviço de urgência?*” e procedeu-se à definição das seguintes referências:

- População: Pessoa com Doença Renal Crónica
- Intervenção: Assistência no Serviço de Urgência
- Resultados (Outcomes): Cuidados de Enfermagem

Como *palavras-chave*⁷ da pesquisa, foram identificadas: Doença Renal Crónica (Chronic Kidney Disease); Serviço de Urgência (Emergency Department); Cuidados de Enfermagem (Nurse Care).

O motor de busca utilizado foi a EBSCOhost para acesso às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; MedicLatina.

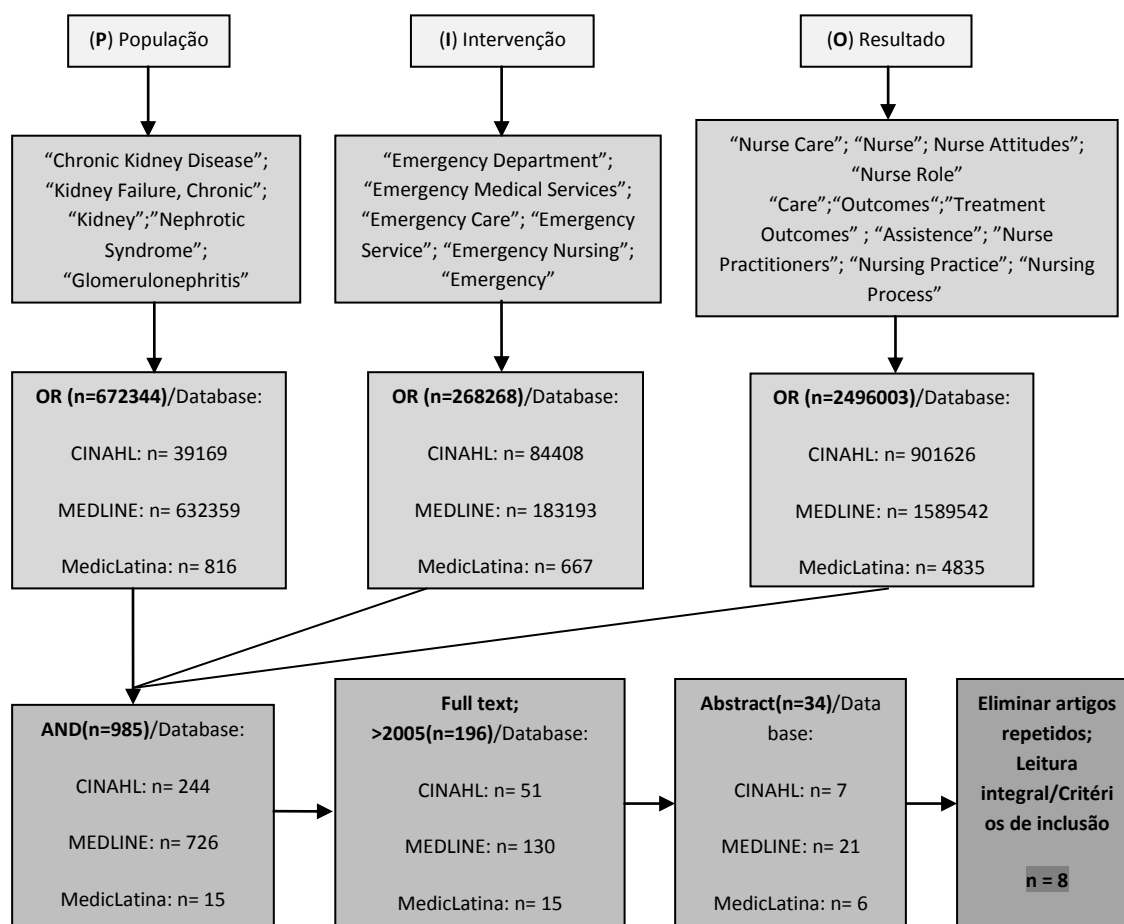
⁶ A origem deste acrónimo é inglesa, e sendo consensual matem-se a palavra resultados com a letra original que decorre de outcomes.

⁷ A pesquisa nas bases de dados foi feita utilizando as palavras-chave em inglês.

As palavras-chave foram procuradas em texto integral segundo os descritores apresentados na *Figura 1*.

A pesquisa foi efectuada a 15 de Janeiro de 2012 retrospectivamente até 1 de Janeiro de 2005.

Figura 1 - Resumo da pesquisa de revisão da literatura



Como critérios de inclusão, foram privilegiados os artigos com foco na problemática dos cuidados à pessoa com DRC agravada em contexto do serviço de urgência.

Foram determinados ainda como critério de inclusão: estudos com referência a cuidados a pessoas com DRC; artigos em língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola; estudos baseados em metodologia quantitativa ou qualitativa; revisões de literatura; estudos disponíveis nas bases em texto integral de livre acesso.

Como critério de exclusão, foi estabelecido a ausência de explicitação metodológica dos artigos.

Da leitura dos resumos/*abstract* e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultou um conjunto de 34 artigos, dos quais foram eliminados 6 por se encontrarem repetidos.

Seguiu-se a leitura integral dos 28 artigos resultando na selecção de 8 estudos, por responderem aos critérios da pesquisa e ao tema do projecto (*Tabela 2*). Os restantes artigos não se enquadravam na temática, tendo sido eliminados.

Tabela 2 - Artigos Seleccionados na Revisão da Literatura

- Allsopp (2011) Caring For Patients With Kidney Failure. *Emergency Nurse*, 18(10), 12-16.
- Bi, Cheng, & Wang (2008) A survey of chronic kidney disease in a large hospital in China. *Renal Failure*, 30(5).
- Breitsameter, Thomé, & Silveira (2008) Complications that bring a chronic renal patient to emergency health services [Portuguese]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 29(4), 543-550.
- Firestone, Band, Hollander, Castillo, & Vilke (2009) Use of a urine dipstick and brief clinical questionnaire to predict an abnormal serum creatinine in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16(8), 699-703.
- Helldén et al. (2009) Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. *Drugs & Aging*, 26(7), 595-606.
- Liu, Einstadter, & Cebul (2010) Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16(6), 413-420.
- Perkins et al. (2007) Impact of an anemia clinic on emergency room visits and hospitalizations in patients with anemia of CKD pre-dialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 34(2), 167-182.
- Rohun et al. (2011) Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(1-2), 23-28.

2.2.2. Resultados

A análise dos artigos seleccionados permitiu construir a discussão e as conclusões da revisão da literatura.

Para avaliar a força da evidência de cada estudo, partindo das fontes que os geraram, foi utilizado a caracterização em cinco níveis referenciados por Cruz & Pimenta (2005, p. 416). Em que o nível I corresponde a um menor grau de e força e evidência e o nível V a um maior grau.

Para cada artigo foi elaborado um resumo contendo: (1) Referência bibliográfica; (2) Tipo de estudo e a força da sua evidência; (3) Participantes; (4) Objectivo; (5) Principais intervenções estudadas; e (6) Principais resultados⁸.

O artigo de Allsopp (2011) apresenta uma metodologia de estudo de caso baseado na revisão da literatura, enquadrando-se um nível de evidência V.

Os restantes sete artigos são estudos de *coorte*, que traduzem um nível de evidência III. Destes, seis são retrospectivos (Bi et al., 2008; Breitsameter et al., 2008; Helldén et al., 2009; Liu et al., 2010; Perkins et al., 2007; Rohun et al., 2011) e um é prospectivo com aplicação multicêntrica (Firestone et al., 2009). Em três foram aplicados grupos de controlo (Helldén et al., 2009; Liu et al., 2010; Perkins et al., 2007).

Foi elaborada uma síntese dos principais dados encontrados em cada um dos estudos de modo a ser feita a discussão de resultados⁹.

As populações e amostras estudadas são variadas, o número de participantes varia entre n=49 (Perkins et al., 2007) e n=1547 (Firestone et al., 2009), o estudo de Allsopp (2011) por questão de metodologia não apresenta participantes.

Com excepção do artigo de Allsopp (2011), centrado na temática dos cuidados de enfermagem, os artigos seleccionados abordam questões de natureza médica, contendo no entanto elementos que devem ser analisados por serem comuns à medicina e enfermagem, nomeadamente a caracterização da população portadora de DRC que vai aos SU, o motivo dessas idas e aspectos relacionadas com o cuidado global e multidisciplinar que lhes é prestado.

2.2.3. Discussão/Conclusão

A revisão da literatura aponta primeiramente para a importância para a tomada de decisão clínica (Bi et al., 2008; Breitsameter et al., 2008; Helldén et al., 2009; Rohun et al., 2011) de se conhecer a DRC, bem como para a necessidade de identificar os estádios em que se encontram as pessoas que se apresentam num SU, reconhecendo-se os SU como locais com capacidade instalada para o reconhecimento da DRC e a sua estratificação (Bi et al., 2008; Firestone et al., 2009; Rohun et al., 2011).

⁸ APÊNDICE III – Resumo dos Artigos da Revisão da Literatura.

⁹ APÊNDICE IV – Resumo dos Dados Contidos nos Estudos Empíricos da Revisão da Literatura.

Ainda no respeitante à estratificação da DRC, verifica-se que as pessoas que acorrem ao SU por eventos críticos apresentam diversos estádios de evolução da doença. Em quatro dos estudos (Bi et al., 2008; Breitsameter et al., 2008; Helldén et al., 2009; Rohun et al., 2011) é identificada uma afluência elevada de pessoas com estádios inferiores a 4 (National Kidney Foundation & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002), apontando-se também frequências relativas maiores que 50% em estádios inferiores a 3 (Bi et al., 2008; Rohun et al., 2011).

O conjunto de estudos que abordam dados relacionados com a detecção e estratificação da DRC alerta para a necessidade de uma efectiva identificação da doença e seu correcto estadiamento nos SU, a fim de suportar a decisão clínica e evitar complicações no processo de saúde/doença das pessoas em situação crítica (Bi et al., 2008; Breitsameter et al., 2008; Rohun et al., 2011).

Outro gupo de dados a que é dado destaque prende-se com a identificação dos principais factores de risco (Breitsameter et al., 2008; Firestone et al., 2009; Helldén et al., 2009) e principais comorbilidades (Allsopp, 2011; Breitsameter et al., 2008; Liu et al., 2010; Perkins et al., 2007) como elementos fundamentais para formular um diagnóstico de suspeita de DRC dentro de uma abordagem global à pessoa no SU.

No que diz respeito ao motivo de deslocação ao SU, diferentes estudos apontam a doença cardíaca associada à DRC como principal factor de admissão (Perkins et al., 2007; Rohun et al., 2011).

Todos estes estudos apontam para os múltiplos factores que têm de ser considerados no contexto de urgência quando se está perante uma pessoa em situação crítica, mantendo uma atitude de suspeição fundamentada para a DRC se esta não é conhecida, a levar em consideração em todos os diagnósticos e consequentes intervenções.

As conclusões e respectivas recomendações transversais a todos os estudos considerados, com implicação para a prática dos cuidados, reforçam a ideia da necessidade do acompanhamento coordenado da pessoa com DRC pela equipa multidisciplinar, com o objectivo de manutenção da saúde e evitar o agravamento da doença.

Concluem também da necessidade de um bom sistema de cooperação multidisciplinar que garanta uma boa referenciação para assegurar cuidados apropriados a pessoas portadoras de DRC.

Durante o processo de revisão de literatura acima descrito, pudemos constatar que este processo apresenta duas grandes limitações, relacionadas com o acesso a fontes e com a utilização de descritores de pesquisa não são exclusivos da enfermagem.

A primeira limitação prende-se com a exclusão, desta revisão, de um número elevado de artigos ($n = 816 \Leftrightarrow 82,8\%$) devido ao facto de se terem definido como limitadores da pesquisa um horizonte temporal e a existência de “*texto completo disponível*” (*full text*).

A segunda limitação foi a utilização de descritores, tais como “*outcomes*”, “*treatment outcomes*” e “*assistance*”¹⁰, que são comuns a termos utilizados em estudos médicos, existindo o risco de descaracterizar a matriz de enfermagem da pesquisa. A utilização destes descritores deve-se à necessidade de alargar o campo da procura de resultados a todas as actividade/intervenções que constituem a prática de enfermagem.

Apesar de justificadas por opções metodológicas, as limitações identificadas tornam impossível concluir a não existência de outros estudos empíricos relacionando a problemática abordada com uma perspectiva de enfermagem. Verifica-se, no entanto, que a fiabilidade do método utilizado e validade das conclusões acima descritas (Carmo & Ferreira, 2008) reforçam pertinência da Revisão apresentada, bem como a sua relevância para o tema em análise.

¹⁰ Tradução livre: resultados, resultados de tratamentos e assistência.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo é feita a apresentação e justificação da metodologia e dos instrumentos utilizados para planear e implementar o Estágio em função dos objectivos definidos.

Para estruturar os objectivos, actividades e critérios de avaliação que permitiram o desenvolvimento de competências ao longo deste processo, foi utilizada a metodologia projecto, operacionalizada com recurso a dois instrumentos: a prática reflexiva, feita a partir de estudos de caso, Ciclo Reflexivo de Gibbs¹ e de análise SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats², e pela constituição de um painel de peritos.

No final do capítulo é feita uma referência aos materiais utilizados na concepção do Projecto e elaboração do presente Relatório.

3.1. Metodologia Projecto

A metodologia projecto tem como objectivo a resolução de problemas, partindo de um diagnóstico de situação, que conduz à definição de objectivos, ao planeamento de actividades e à sua execução, culminado com a divulgação dos resultados alcançados.

Partindo da prática, permite analisar a experiência com um certo distanciamento e deste modo criar novas aprendizagens e competências que, ao serem suportadas pelo conhecimento teórico, podem posteriormente ser aplicadas de novo na prática (Boutinet, 1996; Ruivo et al., 2010).

A metodologia projecto assenta em quatro premissas que contribuem para estabelecimento de um plano geral, situado para lá daquilo que se quer ordenar de forma minuciosa: *globalidade*, *singularidade*, *gestão da complexidade* e *exploração de oportunidades* (Boutinet, 1996).

Com a procura da *globalidade*, pretende-se um sentido de todo e não reduzir as actividades a uma série de objectivos sequenciais.

¹ Adiante designado por ciclo de Gibbs.

² Tradução livre: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças.

A *singularidade* traduz a perspectiva individual de quem elabora e implementa o projecto, o meio onde se encontra inserido, a sua personalidade e visão das questões envolvidas.

Ao longo do projecto, a existência e interdependência de múltiplos factores e parâmetros que provocam incerteza leva à necessidade de uma visão e de uma *prática de gestão da complexidade*.

Por último, a *exploração de oportunidades* passa por estimar as realizações possíveis de ordenar, a partir de uma acção deliberada, e que serão sempre diferentes das anteriormente efectuadas.

3.1.1. Procedimentos de Execução do Projecto

A metodologia projecto foi utilizada para construir a estrutura do desenvolvimento de conhecimentos num caminho de aquisição de perícias.

As perícias, que traduzem o desenvolvimento de competências na prática, estabelecem a relação entre a melhor teoria e a melhor prática sustentada pela evidência disponível, no sentido de apoiar um julgamento acertado, para a tomada de decisão dos cuidados complexos à pessoa com DRC no contexto do SU (Craig & Smyth, 2004; Pearson et al., 2010).

A resposta a cada um dos objectivos foi planeada de modo a formar, no seu conjunto, uma sequência com início no sujeito dos cuidados, a pessoa portadora de DRC, passando pela própria DRC, abordando as TSR e/ou TxR e situações relacionadas com agudização e/ou eventos críticos, terminando numa proposta de Protocolo Clínico³ a aplicar no contexto da prática.

As actividades e os recursos a utilizar para dar cumprimento ao desenvolvimento de competências de cada objectivo, foram discriminados no Projecto através de critérios e indicadores de avaliação⁴.

Foi elaborado um cronograma⁵ com todas as fases. Além da função de planeamento inicial, este cronograma serviu para orientar a implementação e avaliação do Projecto, garantindo o cumprimento dos objectivos no tempo previsto.

³ APÊNDICE X – Protocolo Clínico “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU”

⁴ APÊNDICE I – Objectivos do Projecto e Indicadores de Avaliação.

⁵ APÊNDICE II – Cronograma.

Para cada EC, após reunião com as Enfermeiras Chefes e as Enfermeiras Orientadoras, foi elaborada uma sinopse do projecto adequando os objectivos do estágio ao contexto em que este ia decorrer e propondo uma calendarização pormenorizada das actividades. Esta prática visou essencialmente esclarecer as competências a desenvolver em cada Ensino Clínico e os critérios de avaliação⁶.

3.2. Instrumentos

Neste subcapítulo são apresentados os instrumentos e técnicas utilizadas durante o estágio para alcançar os objectivos definidos.

3.2.1. Prática Reflexiva

Tendo como essência da prática a primazia do cuidar, no sentido de ajudar a criar uma alternativa para a pessoa (Benner & Wrubel, 1989), terá sempre que se identificar o problema com objectivo de o resolver. Dito de outro modo, visa a análise de questões com o fim de criar um julgamento de enfermagem, com ênfase nas respostas humanas, e enunciar os benefícios que as intervenções de enfermagem possam vir a ter (Lunney, 2010; Pearson et al., 2010; Silva, 2007; Standing, 2008).

O processo de criar um julgamento de enfermagem é revestido de extrema dificuldade, porque o ser humano é único e complexo, constituindo um desafio encontrar diferentes modos de pensar para dar resposta às necessidades identificadas (Standing, 2008).

A fim de desenvolver competências para a tomada de decisão e para a prática de CEC na área de especialidade, foram utilizados durante os ensinamentos clínicos, os dois domínios de competências do pensamento crítico, base da prática reflexiva, composto pelos seguintes atributos: (1) **Perícias cognitivas**: (a) análise, (b) aplicação de normativos, (c) discriminar, (d) procurar informação de suporte válida, (e) raciocínio lógico, (f) predizer, (g) transformação do saber. (2) **Hábito de pensar**: (a) confiança, (b) perspectiva contextual, (c) criatividade, (d) flexibilidade, (e) curiosidade, (f) integridade intelectual, (g) intuição, (h) mente aberta, (i) perseverança, (j) reflexão (Foundation for Critical Thinking, 2007; Lunney, 2010; Scheffer & Rubenfeld, 2000).

⁶ APÊNDICE V – Objectivos Para o Ensino Clínico 1; APÊNDICE VI – Objectivos Para o Ensino Clínico 2; APÊNDICE VII – Objectivos Para o Ensino Clínico 3.

Durante os EC, a operacionalização destes dois domínios foi feita através de técnicas como estudos de caso, reflexões críticas e análise de SWOT. O recurso a estas técnicas permitiu um trabalho de análise, elaborado em conjunto com os Enfermeiros orientadores dos campos de estágio e com a docente orientadora, do qual resultou um conjunto de reflexões⁷ utilizadas para estruturação do pensamento ao longo da prática clínica e para a avaliação do desenvolvimento de competências, servindo ainda como suporte para a elaboração deste relatório.

Este trabalho de reflexão teve como ponto de partida a enfermagem na sua prática quotidiana, cruzando-a com revisões de literatura, com a teoria de enfermagem de Benner e Wrubel (1989), com o quadro de competências dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro, p 122; Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro) e com o “*The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing*” (Thomas et al., 2004).

As reflexões de estágio partiram de situações encontradas durante os ensinamentos clínicos, incidindo na diversidade e complexidade de cada uma delas.

Na sua elaboração, foi considerada a procura constante de informação válida e actual sobre cada um dos domínios que constroem a complexidade das situações ou problemas relatados.

A informação foi obtida através de: (1) Recursos bibliográficos e documentos organizacionais existentes nos campos de ensinamentos clínicos, permitindo enquadrar as questões de um ponto de vista do contexto; (2) Bibliografia recomendada pelos orientadores ou indicada nos documentos organizacionais; (3) Recurso a pesquisas bibliográfica na base de dados científicos *EBSCOhost* e no motor de busca *Nursing Reference Center* que integra a referida base de dados.

Estudo de Caso

O estudo de caso foi utilizado como meio de inclusão de fontes múltiplas de conhecimento, partindo de um contexto real e isolando variáveis que se pretendem estudar (Carmo & Ferreira, 2008).

Esta técnica permite integrar a prática baseada na evidência na tomada da decisão clínica, no sentido em que os cuidados de enfermagem envolvem uma

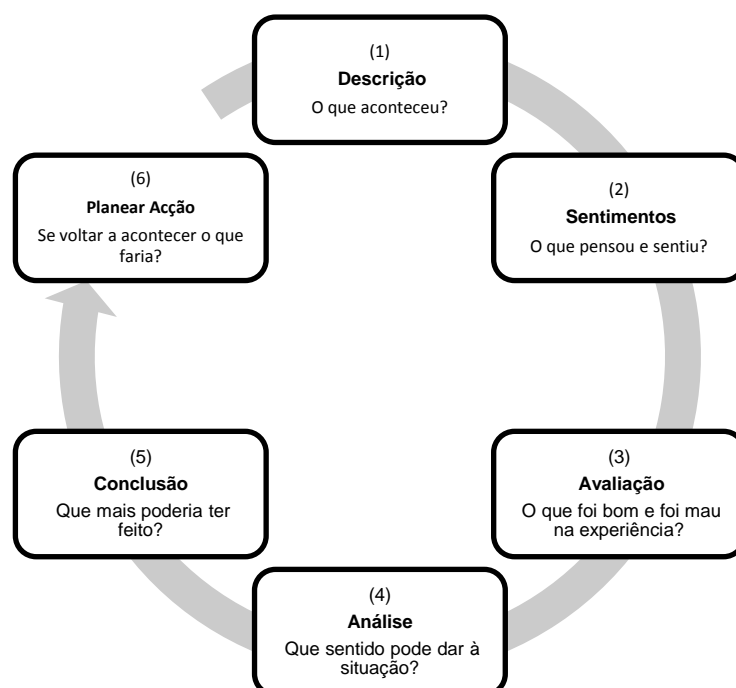
⁷ Genericamente designadas por reflexões de estágio e apresentadas em APÊNCICE

variedade de diagnósticos, intervenções e de perícias desenvolvidas (Craig & Smyth, 2004).

Ciclo Reflexivo de Gibbs

O *ciclo de Gibbs* consiste numa análise estruturada em seis pontos orientares, compostos por questões que, ao serem respondidas de forma sequencial, formam o processo reflexivo, permitindo sistematizar uma situação complexa ou um evento (Jasper, 2003). A *Figura 2* ilustra este ciclo, destacando os principais pontos de análise e questões que o compõem.

Figura 2 - Ciclo Reflexivo de Gibbs



(Adaptado de Gibbs, 1988 citado em: Jasper, 2003)

Análise de SWOT

A *Análise SWOT* é um instrumento de gestão que, através da ponderação dos factores internos, dos factores externos, dos pontos positivos e dos negativos associados a determinada situação, permite antever as facilidades, dificuldades, oportunidades e ameaças que lhe estão associados (Chapman, 2005).

3.2.2. Painel de Peritos

O *painel de peritos* é um grupo de trabalho constituído por especialistas reconhecidos numa área para com a finalidade de avaliação de um processo ou um programa.

O *painel de peritos* pode ser considerado um instrumento de avaliação na mediada que existe um procedimento normalizado e reproduzível, orientando a sua constituição e conduzindo aos respectivos resultados (Quadro de Referência Estratégico Nacional, 2007).

Esta técnica permite responder ao quarto objectivo do Estágio: “*Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU*”. Foi solicitado ao grupo de peritos escolhidos, formado por especialistas no terreno⁸ (Kennedy, 2004), a leitura crítica da proposta de protocolo clínico, a sua avaliação e recolhidas sugestões complementares a fim de ser obtida a validade de conteúdo do documento (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

A proposta de Protocolo Clínico resulta de uma síntese de todas as aprendizagens do Estágio, integrando os elementos teóricos e práticos do mesmo.

O descritivo dos diagnósticos e intervenções de enfermagem contido no documento é apresentado com base na *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, versão *Beta 2* (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), e constitui uma adaptação dos cuidados de enfermagem propostos no referencial de abordagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência da *Emergency Nurses Association* (Hoyt & Seffridge-Thomas, 2007), centrados na pessoa com DRC.

Participantes

O contexto de aplicação do Protocolo Clínico, e onde foi constituído o painel de peritos, foi um SU polivalente de um CH de Lisboa, onde decorreu o EC3.

A população considerada para integrar este grupo de peritos é constituída pelos enfermeiros do SU e das duas unidades de cuidados intensivos (*UCI*) do mesmo CH. Estas duas *UCI* são referência para o SU quando é necessário recorrer a TSR e/ou técnicas contínuas.

O Grupo de peritos foi constituído através de uma amostragem intencional, em que se identificaram participantes conhecedores da área em questão, de modo a permitir uma análise de maior profundidade sobre o processo em avaliação (Carmo & Ferreira, 2008; Polit et al., 2004).

⁸ Tradução livre: “specialist in the field”.

A selecção dos participantes, num total de 17, respondeu a critérios específicos e foi feita com recurso a *informadores-chave*, as Enfermeiras Chefe de cada um os serviços.

O critério de inclusão de participantes no SU foi o de serem enfermeiros com reconhecimento organizacional na gestão e prestação de cuidados a pessoas em situação crítica. Foram seleccionados 13 profissionais:

- Quatro Enfermeiras de apoio à gestão do SU;
- Quatro Enfermeiros Chefes de Equipa;
- Cinco Enfermeiros com Especialidade na área de Médico-cirúrgica.

Foram ainda seleccionados dois participantes oriundos de cada uma das UCI, tomando-se como critério de inclusão o facto de serem considerados profissionais de referência na prestação de cuidado a pessoas com DRC, somadas às competências reconhecidas em TSR.

A dimensão do grupo foi definida em função da finalidade do painel e da qualidade dos participantes, no SU foi determinada pelo número total de participantes que cumpria os critérios de inclusão (Polit et al., 2004), nas UCI decidiu-se por aproximadamente 20% do total de participantes do SU divididos pelas duas unidades.

Instrumento de Recolha de Dados

Para validação do protocolo clínico, fez-se uso de um questionário⁹ constituído por sete perguntas fechadas, visando obter a opinião de cada um dos participantes sobre a adequação da proposta, nos seus conteúdos e forma, à prática de cuidados no SU. Para tal, foi utilizada uma *Escala de Likert* (Carmo & Ferreira, 2008; Polit et al., 2004) composta por quatro pontos:

1. Nada adequado
2. Pouco adequado
3. Adequado
4. Muito adequado

Na parte final do questionário foi ainda criado um espaço para “Sugestões/Comentários”, permitindo aos participantes acrescentar contributos ao documento.

⁹ Apêndice IX – Instrumento de Validação do Protocolo Clínico.

Considerações Éticas

Foi solicitado, em entrevista, às Enfermeiras Chefe das unidades que contribuíram para a validação do protocolo clínico, autorização para contacto com os integrantes do painel de peritos.

Em cada uma destes entrevistas foi disponibilizado uma sinopse do projecto, um exemplar do protocolo clínico e um exemplar do instrumento de colheita de dados a aplicar.

Cada participante foi contactado individualmente, tendo sido informado do projecto, dos objectivos, do método de constituição do painel de peritos, sendo-lhe entregue um exemplar do protocolo clínico e do questionário.

Além das questões a responder, o questionário continha uma súmula da finalidade, as instruções para preenchimento e a menção à garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Este contacto individualizado contribuiu, a par da informação disponível no questionário, para que cada participante tivesse consciência das implicações éticas e legais da sua colaboração no processo.

Colheita de Dados

A colheita de dados decorreu entre 30 de Janeiro e 10 de Fevereiro de 2012.

Foram distribuídos pessoalmente aos participantes 17 questionários, dos quais 15 foram devolvidos.

3.3. Materiais

Sendo este relatório baseado em reflexões na sua elaboração foi utilizado programas informáticos *Microsoff Word versão 2007®*, e *Adobe Reader versão 9®* para leitura e edição de documentos em formato *PDF*.

A referenciação bibliográfica seguiu a norma da *American Psychological Association* (2001, citado em: Azevedo, 2009, p 131), denominada *Norma APA*, sendo as referências inseridas a partir do gestor de dados *Zotero®*¹⁰.

Nas apresentações das acções de formação durante os EC foi utilizado o programa *Microsoft PowerPoint versão 2007®*

Os dados estatísticos foram tratados com recurso ao programa informático *Microsoft Excel versão 2007®* e *SPSS Statistics versão 17.0®*.

¹⁰ Disponível em linha em: <http://www.zotero.org/>.

3.4. Validade e Fiabilidade do Método

O Relatório assenta claramente numa metodologia com características qualitativas. Uma das limitações comumente apontadas às metodologias de tipo qualitativo do facto de não haver uma mensuração quantitativa dos fenómenos, tornando-se, por isto, mais difícil avaliar a validade e a fiabilidade dos resultados (Carmo & Ferreira, 2008).

A validade de um instrumento é o grau em que este mede o que supostamente deve medir, de modo a fazer corresponder os resultados à realidade. Quanto à fiabilidade, esta é tanto maior quanto a possibilidade de os resultados se repetirem se existir uma repetição do estudo (Carmo & Ferreira, 2008; Polit et al., 2004).

A validade e da fiabilidade das conclusões retiradas das reflexões elaboradas ao longo do processo e dos resultados apresentados no Relatório é assegurada através da clarificação que é feita dos procedimentos de construção e implementação do Projecto bem como com os de recolha e análise/reflexão dos dados e com a sua disponibilização para consulta em apêndice.

A informação contida nas reflexões passou pela discussão, formal e informal, dos resultados obtidos com os orientadores e com outros enfermeiros, assim como outros profissionais, tais como por exemplo médicos e nutricionistas permitindo uma maior abrangência das questões estudadas.

A fiabilidade do instrumento *prática reflexiva* baseia-se na aplicação de uma das técnicas enunciadas, e a sua validade na informação colhida assente em padrões de conhecimento actuais e válidos.

O painel de peritos, como instrumento, encontra a sua fiabilidade na descrição da sua constituição, no instrumento e procedimento de recolha de dados. A validade é traduzida pelos resultados obtidos.

4. RESULTADOS

Este capítulo aborda os principais resultados da aprendizagem, com recurso à análise das situações ocorridas ao longo do Estágio que considero serem as mais relevantes. Cada um dos quatro subcapítulos apresentados foca um objectivo em particular, procurando-se fazer a ligação entre o desenvolvimento de competências alcançado e as *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro), as *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro) e o “*The European Core Curriculum for a Pos-Basic Course in Nephrology Nursing*” (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004).

Entender a pessoa com DRC, com as suas possibilidades para fazer frente à interrupção do ciclo de vida de forma a não a conduzir para um terreno de vulnerabilidade (Benner & Wrubel, 1989), foi o ponto de partida para o desenvolvimento de competências na prestação de CEC. Assim, a resposta a cada um dos objectivos do projecto passou pela prática em contexto de EC, por estudos de caso, acções de formação e elaboração e validação do protocolo clínico, actividades que deram origem ao conjunto de Reflexões que se encontram em apêndice a este relatório.

Na *Tabela 3* é apresentada a listagem com menção às actividades realizadas em cada EC e às respectivas Reflexões.

Os dois primeiros EC foram alvo de avaliação quantitativa por parte das Enfermeiras orientadoras, sendo considerado o nível de desenvolvimento de competências clínicas muito bom no EC1¹ e excelente no EC2².

A orientação do EC3 foi feita pela Docente Orientadora, não compreendendo avaliação qualitativa.

¹ ANEXO II – Avaliação Qualitativa do EC1

² ANEXO III – Avaliação Qualitativa do EC2

Tabela 3 - Principais actividades realizadas

	Principais actividades realizadas, com referência ao respectivo documento de Reflexão elaborado
EC 1	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do EC1 – APÊNDICE XI; • Descrição da Organização da Equipa de Enfermagem para a Prestação de Cuidados no EC1 – APÊNDICE XII; • Estudo de Caso “Pessoa com DRCt Recente” – APÊNDICE XIII; • Reflexão “Pessoa com DRCt Desprogramada de HD” – APÊNDICE XIV; • Observação na Unidade de Cirurgia do Ambulatório – APÊNDICE XV; • Paragem Cardiorrespiratória na Sala de HD – APÊNDICE XVI; • Formação em Serviço EC1 – APÊNDICE XXII.
EC 2	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do EC2 – APÊNDICE XVII; • Cuidados de Enfermagem no Hospital de Dia de DP e TxR – APÊNDICE XVIII; • Consulta de TxR no Hospital de Dia – APÊNDICE XIX; • UDP do Hospital de Dia – APÊNDICE XX; • Estudo de Caso “Viver com DRCt” – APÊNDICE XXI; • Formação em Serviço EC1 – APÊNDICE XXIII; • Lista de Verificação do Carro de Emergência – APÊNDICE XXIV.
EC 3	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do EC3 – APÊNDICE XXV • Sinopse de Apresentação do Protocolo Clínico às Enfermeiras Chefe das UCI – APÊNDICE VIII; • Instrumento de Validação do Protocolo Clínico – APÊNDICE IX; • Protocolo Clínico “Cuidados de Enfermagem a Pessoa com DRC no SU” – APÊNDICE X; • Resultados da Validação do Protocolo Clínico – APÊNDICE XXVI.

4.1. Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos à pessoa com DRC

Os dois primeiros EC serviram para tomar contacto com os cuidados prestados à pessoa com DRC em situação de internamento, em especial com o modo como a função de ajuda é estruturada pelos enfermeiros peritos nesta área (Benner, 2005, p 67).

Foram também um importante momento para estudo e conhecimento do cuidado levado a pessoas internadas ou em regime de ambulatório, em estádios da doença em que se encontram instituídos tratamentos conservadores, TSR ou programas de TxR (Thomas et al., 2004).

O contacto com estas realidades permitiu-me ainda desenvolver competências na utilização da *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*, em versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), ferramenta que apenas conhecia do ponto de vista teórico e que pude agora manusear e aplicar na criação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação de resultados.

Ensino Clínico 1

No EC1 foi feito um estudo de caso³ com a finalidade de fazer uma abordagem global à pessoa com DRCt recente em que foi induzida HD. Este trabalho requereu da minha parte uma revisão da DRC centrada na descrição dos procedimentos de diagnóstico efectuados, terapêutica instituída, focos de cuidados de enfermagem levantados e reflexão da integração da família no cuidado.

A prestação de cuidados e as revisões elaboradas foram fundamentais para estruturar o pensamento sobre a violência do impacto da indução de HD na vida da pessoa e família. A integração na equipa do Serviço onde decorreu este EC revelou-se uma mais-valia, uma vez que me permitiu uma visão mais ampla da sua intervenção para ajudar a suportar o medo do desconhecido de forma *“tornar o que geralmente é abominável e inacessível em algo interpretável e acessível”*⁴ (Benner & Wrubel, 1989).

A compreensão da pessoa na situação de estar doente, através do modo como dimensiona a expectativa de vida e de como percepciona os sintomas (Benner & Wrubel, 1989), permitiu-me conceber as respostas direccionadas aos focos e juízos que formam o diagnóstico de enfermagem, dando resposta aos múltiplos aspectos que compõem o impacto da DRC na vida das pessoas (Thomas et al., 2004, p 17).

Prestar cuidados a pessoa com DRCt a quem é decidido desprogramar de HD⁵, foi um dos momentos do EC1 que considero marcante, não apenas pelos sentimentos envolvidos como também pela complexidade de cuidados a que obrigou.

A inutilidade de uma atitude terapêutica ou o não encarniçamento terapêutico são decisões da dimensão ética com base no valor fundamental da dignidade da vida humana, inscrito no Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa (2005), na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, Artigo 1º (Resolução nº1/2001, de 3 Janeiro) e ainda no Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 78º, n.º1 (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro). A desprogramação de HD é uma decisão de competência médica que tem grandes

³ APÊNDICE XIII – Estudo de Caso: “Pessoa com DRCt Recente”.

⁴ Tradução livre: “The nurses make that which is generally abhorrent and unapproachable into something interpretable and approachable.”

⁵ APÊNDICE XIV – Reflexão: “Pessoa com DRCt Desprogramada de HD”.

implicações não só na pessoa que a irá enfrentar e sua família, como em toda a equipa que lhes presta cuidados, que se verá confrontada com a necessidade de compreender tal escolha e, ao mesmo tempo, de ajudar o outro à sua compreensão e aceitação.

Ainda que não fosse a primeira vez que a equipa de Enfermagem vivenciava um episódio de desprogramação de HD, a situação provocou sentimentos contraditórios entre os enfermeiros, devido à pouca experiência na gestão de cuidados paliativos. Como tal, foi requerido o acompanhamento de uma Enfermeira perita em cuidados paliativos, oriunda de um outro Serviço, que apoiou a equipa no enfrentar das dificuldades encontradas, contribuindo também para a prestação de cuidados à família em questão.

A natureza complexa do caso em análise motivou-me uma profunda reflexão, enriquecida com revisão de literatura e com a discussão tida com outros profissionais, levando ao desenvolvimento de competências na dimensão ética, mas também nos restantes domínios das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas.

Para uma melhor compreensão da pessoa com DRC, considerei ainda necessário aprofundar os conhecimentos clínicos sobre os tipos de acesso vascular para HD, a sua promoção e protecção e o modo como são vivenciados (Thomas et al., 2004, p 21).

A aprendizagem sobre os múltiplos aspectos envolvidos nesta questão tão particular passou pela observação, com especial enfoque nos cuidados de enfermagem perioperatórios, dos procedimentos de construção de uma fístula artériovenosa (FAV) distal rádio-cefálica e de uma FAV proximal rádio-cefálica⁶, bem como das intervenções para colocação e revisão de cateteres em pessoas a quem é induzida HD⁷ e de pessoas já com uma longa história de DRcT.

Ensino Clínico 2

Os resultados alcançados no EC2, além da consolidação dos conhecimentos adquiridos em EC, prendem-se com a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em diálise peritoneal (DP) e em TxR.

O acompanhamento da prestação de cuidados na enfermaria, no Hospital de Dia - onde está integrada a Unidade de Diálise Peritoneal e a Consulta de TxR -,

⁶ APÊNDICE XV – Observação na Unidade de Cirurgia do Ambulatório.

⁷ APÊNDICE XIII – Estudo de Caso: “Pessoa com DRcT Recente”.

e noutros sectores do Hospital onde as enfermeiras do Serviço prestam cuidados como peritas clínicas em matéria de gestão de protocolos terapêuticos de DP⁸ (Benner, 2005; Thomas et al., 2004), levou a uma reflexão sobre outras vertentes da DRC e da importância de como são concebidos e prestados cuidados, aspecto que se relaciona com outra competência dos enfermeiros especialistas, o “*Domino da Gestão dos Cuidados*” (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro).

Esta realidade de organização de cuidados põe em evidência o reconhecimento institucional das competências das enfermeiras nas questões relacionadas com a gestão da DRC através dos programas de capacitação e acompanhamento das pessoas em DP e TxR (Thomas et al., 2004).

A síntese do cumprimento do objectivo “*Desenvolver competências na prestação de cuidados a pessoas com DRC*”, cujo resultado é o somatório de todas as reflexões feitas durante os EC, acaba por ser o estudo de caso “*Viver com DRCt*”⁹. Neste estudo, discute-se o modo como o *tempo espaço* é vivido, e como a prática de enfermagem não se deve cingir à técnica, pois o “*humor, o medo, as relações difíceis, a administração de terapêutica e até os ensinamentos feitos têm efeitos diferentes quando em contexto de cuidar ou de não cuidar*”¹⁰ (Benner & Wrubel, 1989, p 4).

A pessoa, sujeito do estudo de caso, é portadora de DRCt desde de há longa data. A história da doença actual acaba por ser o revisitar de todo o processo de doença, quer do ponto de vista de entidades clínicas e TSR, como do ponto de vista do cuidado de enfermagem relacionados com a *temporalidade* onde os *papéis do corpo* e da *situação* que a pessoa atravessa são determinados pelas *preocupações pessoais* que guiam as estratégias de *coping* na doença (Benner & Wrubel, 1989, p 99).

A reflexão em torno deste estudo de caso centrou-se no facto de a pessoa ter que permanecer em isolamento, na questão da alimentação, na gestão do regime terapêutico com foco na monitorização das trocas de DP, nas relações interpessoais e no apoio dado pelos enfermeiros a uma tomada de decisão que

⁸ APÊNDICE XVIII – Cuidados de Enfermagem no Hospital de Dia de DP e TxR; APÊNDICE XIX – Consulta de TxR, Hospital de Dia; APÊNDICE XX – Unidade de Diálise Peritoneal, Hospital de Dia.

⁹ APÊNDICE XXI – Viver com DRCt.

¹⁰ Tradução livre: “*This is why nursing can never be reduced to mere technique because humor, anger, ‘tough love’, administering medications, and even patient teaching have different effects in a caring context than a noncaring one.*”

constituía um dilema para a pessoa (Thomas et al., 2004). Todos estes elementos formam a complexidade do cuidado à DRCt, ao serem estudados a partir de uma situação clínica integraram a dimensão da pessoa na estruturação do juízo que conduz ao cuidado.

4.2. Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e TxR

A premissa de partida deste objectivo, “*adquirir competências*”, traduzia efectivamente o meu estado de iniciado (Benner, 2005, p 45) neste campo da prestação de cuidados de enfermagem, tendo-se pretendido, com a sua inclusão entre as metas a atingir e com a planificação de actividades centrada na primeira parte do Estágio, a aquisição de conhecimentos clínicos, de natureza técnica e relacional, sobre as TSR de que apenas detinha do ponto de vista da teoria.

A integração na equipa multidisciplinar da Sala de HD (EC1) e na equipa do Hospital de Dia onde estão integradas a Unidade de DP e a consulta de TxR (EC2) ¹¹ foi determinante na obtenção destes conhecimentos.

Ensino Clínico 1

A sala de HD está equipada com monitores *Sistema Terapêutico 5008*®¹², com os quais operei, adquirindo competências técnicas, tais como as operações base de montagem de linhas, preparação de material para início da HD, conectar a pessoa ao monitor, principais alarmes e modo de resolução de interferências do processo, preparação do material para desconectar no fim da HD, e colocação do monitor em modo de desinfectação.

O primeiro contacto com estes equipamentos foi gerador de algum grau de ansiedade, pois, além de nunca ter lidado com um monitor de HD, sabia que, pelas circunstâncias da doença, a pessoa com DRCt em HD é um *perito* (Fernandes, 2008). Para ultrapassar esta ansiedade além da aprendizagem relacionada com as operações base do monitor de HD, socorri-me da minha experiência, ainda que noutro contexto, para identificar factores significativos que se reproduzem em situações idênticas, claramente utilizando ferramentas de um nível de competência de *iniciado avançado* (Benner, 2005).

¹¹ APÊNDICES XI, XII, e XVII.

¹² Fonte: NefroCare (2011)

http://locations.nephrocare.com/internet/fmc/NephroCMS.nsf/sp/products_5008.htm

Além das questões mais relacionadas com a tecnologia, aprendi também os cuidados de enfermagem necessários antes, durante e após a sessão de HD, assim como a administrar terapêutica intradialítica e a fazer registos em impressos próprios durante todo o processo.

O pouco tempo de permanência na Sala de HD era, à partida, insuficiente para aprender e aplicar com segurança a operação de punção de uma FAV, pelo que a aprendizagem desta técnica não era objectivo do EC, tendo eu optado por não pôr em prática os conhecimentos obtidos.

No respeitante a conectar e desconectar pessoas com cateteres de HD do monitor, foi uma importante aquisição de conhecimentos sobre a técnica de manutenção e preservação deste tipo de acessos vasculares, assim como da prevenção de infecção local ou sistémica.

Um aspecto a salientar deste EC1 foi o contacto que tive com todo o circuito da pessoa internada para realização de HD¹³, o que, em conjunto com já referida aprendizagem sobre TSR, me permitiu uma compreensão da pessoa durante uma sessão de HD. Esta compreensão revelou-se uma mais-valia para a elaboração de juízos sobre focos de intervenção de cuidados de enfermagem em pessoas sujeitas a este tipo de TSR.

Ensino Clínico 2

Os conteúdos abordados no EC2 focaram-se nos cuidados à pessoa com DRCt em programa de DP e com TxR¹⁴.

A aprendizagem técnica foi, mais uma vez, de grande relevância, nomeadamente no que respeita a trocas de DP manual e automatizada. Pese a sua especificidade de cada uma destas técnicas, a sua realização exigiu o desenvolvimento da acuidade na observação das características do drenado e cálculo da ultrafiltração, assim como na prestação de cuidados específicos na zona de inserção do cateter.

Na DP manual a aprendizagem foi orientada para os passos de segurança de preparação, conexão e desconexão, o processo de misturar as soluções dializantes nas bolsas e o preenchimento da linha, o que permitiu realizar trocas de DP em plena segurança para a pessoa.

¹³ A descrição deste circuito encontra-se resumida no estudo de caso abordado no APÊNDICE XIII.

¹⁴ APÊNDICES XVIII, XIX; e XX.

Na DP automatizada a aprendizagem centrou-se na montagem das bolsas de dializantes e respectivas linhas, nas principais funções das cicladoras que fazem as trocas automaticamente, e resolução dos problemas indicados pelos principais alarmes da máquina.

A DP possibilita uma grande autonomia da pessoa, mas está obrigada ao conhecimento muito profundo da técnica, das principais complicações, das situações de emergência e da resolução de problemas relacionados com prática.

A criação desta autonomia é facilitada pelos enfermeiros peritos, pela capacitação da pessoa e família através de um programa de treino composta por várias sessões de ensino/aprendizagem, e de acordo com um levantamento que é feito às condições cognitivas, sociais e domiciliárias de cada candidato (Thomas et al., 2004).

Este programa encontra-se estruturado na Unidade de DP, sendo o registo da evolução de cada um dos intervenientes no programa de treino feito num formulário próprio.

Na consulta de TxR pude observar outro aspecto da DRC: a capacitação dos indivíduos para a sua autonomia, nomeadamente o acompanhamento da pessoa no seu processo de saúde/doença crónica com a finalidade de promover a adesão a estilos de vida saudáveis e adesão ao regime terapêutico a fim de manter o êxito do transplante.

Tal como no EC1, a aquisição de competências nos referidos domínios técnicos contribuiu para melhor dimensionar os CEC à pessoa com DRC, com o resultado da integração das aprendizagens e das reflexões delas decorrentes no juízo dos diagnósticos de cuidados a estabelecer e nas intervenções a realizar.

4.3. Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos

Os dois primeiros EC tiveram lugar em serviços cujo grau de diferenciação determina a não existência de meios tecnológicos avançados para responder à ameaça por falência de uma ou mais funções vitais. No entanto, ao longo desta primeira parte do Estágio, foram várias as situações em que pessoas alvo de cuidados enfrentaram situações de agudização e/ou atravessaram um evento crítico, sendo necessário que lhes fossem prestados cuidados específicos.

A título de exemplo do que acima é dito, refere-se uma situação de paragem cardíaca, ocorrida durante uma sessão de HD¹⁵, ou as situações de troca de diálise peritoneal no SU e na Unidade Coronária¹⁶. Momentos em que os diagnósticos de enfermagem e as intervenções realizadas foram além da técnica realizada, porque, por serem dirigidos à pessoa portadora de doença crónica, permitiram uma compreensão mais profunda da experiência de estar doente, passo fundamental para que se construam pontes entre a pessoa e os enfermeiros (Benner & Wrubel, 1989).

Destas experiências clínicas resultou o desenvolvimento de competências coincidentes com o descrito nos enunciados "*Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*" e "*Maximiza as intervenções na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade das situações e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado.*" (Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro).

Acções de Formação nos EC

Os planos anuais de formação dos serviços onde decorreu a primeira parte do Estágio incluíam, nas áreas de formação a desenvolverem, formação em suporte básico e avançado de vida para médicos e enfermeiros¹⁷.

A organização e prestação deste tipo de assistência é uma área na qual sou perito, e, em análise com as Enfermeiras Chefe destes serviços, foi-me proposto dar um contributo para os respectivos planos de formação, pela preparação e apresentação de acções de formação dirigidas às equipas de enfermagem dos diferentes Serviços.

As acções tiveram como eixo de abordagem as paragens cardíacas motivadas pelas complicações cardíacas em pessoas com DRC, no contexto de enfermaria, sendo esta temática adaptada a cada Serviço, de acordo com as necessidades identificadas pela sua responsável.

Para cada uma das acções foi elaborado um plano de sessão¹⁸ com conteúdos baseados nas recomendações de 2010 do *European Resuscitation Council (ERC)* (Nolan et al., 2010).

¹⁵ APÊNDICE XVI – Paragem Cardiorrespiratória na Sala de HD.

¹⁶ APÊNDICE XIX.

¹⁷ APÊNDICE XI e XVII

¹⁸ APÊNDICE XXII – Formação em Serviço EC1; APÊNDICE XXIII – Formação em Serviço EC2.

No EC1, a formação, “*Suporte Avançado de Vida – Algoritmo Universal*”, abordou as recomendações da ERC. A avaliação final dos participantes, que teve a Enfermeira Chefe como relatora, foi de *excelente*¹⁹.

No EC2, a sessão de formação versou sobre “*Disfibrilhação Segura*”, tendo os participantes avaliado que esta foi globalmente muito adequada em todos os itens abordados, com excepção do item com excepção do item 3, referente aos meios auxiliares didácticos utilizados, e 4, tempo da formação, que foram considerados adequados²⁰.

Como contributo para o desenvolvimento da aprendizagem dos profissionais de cada Serviço, foi construído um portefólio contendo cópia da apresentação, das recomendações da ERC e dos posteres de cada um dos algoritmos de reanimação actualizados, documento a ser integrado nos carros de reanimação.

No EC2 foi ainda operacionalizada uma lista de verificação do carro de emergência²¹, respondendo a uma necessidade identificada pelos enfermeiros e pela Enfermeira Chefe do Serviço. Esta lista foi divulgada no fim da sessão de formação e encontra-se actualmente em utilização no Serviço.

As intervenções clínicas, respectivas reflexões, e sessões de formação permitiram não apenas desenvolver as competências inscritas na formação do objectivo como também o desenvolvimento de aprendizagens profissionais na competência “*Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento*”, que têm como critério de avaliação a tomada de “*iniciativa na formação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada*” (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro).

4.4. Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência

No processo a desenvolver ao longo deste Estágio, a elaboração de um protocolo clínico visava alcançar uma síntese das aprendizagens alcançadas, integrando os elementos teóricos e práticos das mesmas. A proposta de Protocolo²² resultante respondendo à esta intenção.

¹⁹ ANEXO I – Avaliação da Acção de Formação no EC1

²⁰ APÊNDICE XXIII

²¹ APÊNDICE XXIV – Lista de Verificação do Carro de Emergência.

²² APÊNDICE X

A primeira versão do protocolo foi contraída com base em na revisão da literatura que enquadra o Estágio e na adaptação da proposta de abordagem à pessoa em situação crítica no serviço de urgência da *Emergency Nurses Association* (Hoyt & Seffridge-Thomas, 2007), centrados na pessoa com DRC²³, tendo sido alterada de acordo com as sugestões resultantes da sua análise conjunta com a Enfermeira Chefe do SU.

Cumprindo o descrito no *Capítulo 3 - Materiais e Métodos*, a validação do protocolo clínico foi feita por um Painel de Peritos, que aplicou um instrumento de validação²⁴ e sugeriu um conjunto de melhorias ao documento, integradas na versão final.

A análise estatística às respostas revela uma distribuição normal (Coelho, Cunha, & Martins, 2008, p 73), indicando que o protocolo clínico é considerado *Muito Adequado* pelos participantes em todos as variáveis que compõem o instrumento de validação²⁵.

O planeamento de actividades referente a este objectivo compreendia a divulgação do protocolo clínico no SU²⁶, actividade que não foi possível concretizar até ao momento da conclusão deste relatório. Este facto prende-se com ocorrências que, não estando previstas, são normais num processo de planeamento, nomeadamente alguns atrasos verificados nas fases de constituição do painel de peritos e de validação do protocolo e a impossibilidade de, na última semana de Estágio, fazer a divulgação prevista por contingências inerentes ao funcionamento do SU²⁷.

No entanto, a divulgação e a consequente implementação do protocolo serão feitas em futuro próximo. No *Capítulo 5 – Discussão e Conclusão* voltaremos a abordar esta questão.

Com a construção e validação do protocolo clínico, considero terem sido desenvolvidas competências nos quatro domínios das *Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas*, com foco nas inscritas em todos nos descritivos do *Domínio da Melhoria da Qualidade* (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro).

²³ Capítulo 3, página 26.

²⁴ APÊNDICE IX

²⁵ APÊNDICE XXVI – Resultados da Validação do Protocolo Clínico pelo Painel de Peritos

²⁶ APÊNDICE I

²⁷ APÊNDICE VII

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste capítulo é feita uma discussão dos resultados do presente Relatório de Estágio, tendo por referencial os quatro domínios das *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* - (1) *Responsabilidade profissional, ética e legal*; (2) *Melhoria contínua da qualidade*; (3) *Gestão dos cuidados*; (4) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro), e as competências vertidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro), procurando uma maior compreensão da sua implicação na prática clínica, nomeadamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

5.1. Desenvolvimento de Competências

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O processo de Ensino Clínico revelou-se fonte de múltiplas aprendizagens, que ocorreram nas diversas fases do processo de elaboração e implementação do projecto de Estágio. Por exemplo, a definição de objectivos focados na **pessoa**, e não no contexto ou situação, permitiu-me reflectir na origem da prática descentrando-a do cuidado de enfermagem para a recentrar na pessoa.

As reflexões decorrentes das situações consideradas mais relevantes durante Estágio, centradas na pessoa com DRC com a sua vida autónoma, planos e pensamentos, no modo como vive o território que a torna vulnerável, foram feitas com o marco teórico de enfermagem proposto por Benner & Wrubel (1989), que me serviu de guia para balizar a pertinência na acção e para criar um juízo do porquê agir, conduzindo ao desenvolvimento de competências (Boterf, 2005).

Tal como a prática que as origina, as Reflexões de Estágio, enquanto juízos baseados no conhecimento e na experiência, contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da “*Responsabilidade profissional, ética e legal*”, no sentido que permitiram conceber e promover cuidados que reflectem o respeito pela dignidade humana e as responsabilidades profissionais, a partir da ampliação de opções de resposta

para os problemas identificados, permitindo desenvolver uma prática mais ética no meu campo de intervenção (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro).

Melhoria Contínua da Qualidade

Todos os EC contribuíram para compreender a problemática da pessoa com DRC com necessidade de cuidados. Estas aprendizagens permitiram um desenvolvimento de competências clínicas na área das funções de ajuda, educação e de orientação, diagnóstico e vigilância, gestão de situações de evolução rápida, administração e vigilância de protocolos terapêuticos e assegurar a qualidade dos cuidados que são a base para criar e manter um ambiente terapêutico seguro (Benner, 2005).

O planeamento do Estágio teve como objectivo conceber, de acordo com as necessidades identificadas em cada EC, de programas de melhoria da qualidade, que foram traduzidos nas acções de formação nos EC1 e EC2¹, na operacionalização e divulgação da lista de verificação do carro de emergência no EC2², e deste modo contribuir com a partilha de conhecimentos numa área onde sou perito, e na proposta de protocolo clínico, como ferramenta de indicadores de qualidade no EC3.

O motivo que levou a definir o objectivo de desenvolver uma proposta de Protocolo Clínico “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU” foi criar um documento de recomendações de boas práticas para a fim de *prover os enfermeiros de instrumentos que contribuam para a melhoria de padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem*³, integrando a “Política de Cuidado e Tratamento ao Doente” do CH onde estou inserido, procurando assim transportar para o meu local de trabalho alguns dos conhecimentos adquiridos ao longo do Estágio e, de certa forma, do curso de Especialidade, respondendo a uma necessidade por mim identificada durante anos de prática e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A proposta de documento é apresentada no formato definido pelo CH, no procedimento multisectorial “Gestão Documental”, onde se especificam as práticas profissionais clínicas a nível de uma unidade orgânica, encontrando-se

¹ APÊNDICE XXII e XXIII.

² APÊNDICE XXIV

³ Ver Capítulo 1, página 5.

estas relacionadas com manuais de boas práticas e códigos deontológicos de cada profissão.

O Protocolo Clínico integra as recomendações para a prestação de cuidados a pessoas com DRC, tendo sido adequado ao contexto em que se pretende aplicar através do processo de validação pelo painel de peritos. Esta estratégia permitiu, com os contributos de outras visões do problema, tornar o documento muito mais abrangente.

A implementação do Protocolo Clínico será faseada ao longo de um ano, de acordo com o cronograma resumo apresentado na *Tabela 4*. Este processo de implementação inclui a realização da divulgação da proposta junto dos enfermeiros do serviço, etapa que estava prevista para o período do estágio mas que teve de ser adiada, por contingências relacionadas com o processo de validação e com o funcionamento do SU.

Tabela 4 - Cronograma de Implementação do Protocolo Clínico

	2012			2013
	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	1º Trimestre
Envio para a direcção do Serviço para promulgação.				
Divulgação do protocolo à equipa de enfermagem.				
Aplicação do protocolo às pessoas internadas.				
Análise de resultados de aplicação, com critério de sucesso de 50% ao fim de 3 meses.				
Análise de resultados de aplicação, com critério de sucesso de 75% ao fim de 6 meses.				
Análise de resultados de aplicação, com critério de sucesso de 100% ao fim de 9 meses				
Divulgação de resultados do processo de implementação.				

Da análise de resultados da aplicação do Protocolo Clínico, estima-se um horizonte de dois anos para realização de uma revisão do protocolo, seguindo a mesma metodologia e integrando os novos dados pertinentes.

Gestão dos Cuidados

A aprendizagem resultante do Estágio é fonte de conhecimentos que contribuíram para reforçar o processo de tomada de decisão, melhorando a utilização de informação do decurso do cuidar, a capacidade para elaborar diagnósticos de enfermagem, as soluções de intervenção e a avaliação dos resultados. Pode então concluir-se que foram desenvolvidas competências de

gestão de cuidados, que se irão reflectir na minha prática profissional, com ganhos de optimização da resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde.

Permitiu ainda cimentar conhecimentos clínicos e de decisão, que conduzem ao desenvolvimento de competências na área de orientação e supervisão de práticas e tarefas a delegar.

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Todas as aprendizagens alcançadas decorrem da prática clínica existente no mundo real, tal como foram vividas no dia-a-dia (Benner & Wrubel, 1989). O modo como as fontes de conhecimento foram integradas e relacionadas com a teoria permitiu, através da construção das reflexões de Estágio, o desenvolvimento de padrões de conhecimento e do modo como estes se articulam de forma sólida e válida na formulação de juízo.

A abordagem crítica aos conceitos e ideias que construíram as reflexões decorrem da evidência científica e da forma como me posiciono no mundo do ponto de vista pessoal, que inclui a vertente ética, estética, cultural e o contexto sociopolítico, e as limitações decorrentes de todo este processo, contribuíram para o autoconhecimento e desenvolvimento de competências de assertividade.

Cuidados a Pessoa em Situação Crítica

O Estágio foi fonte de aprendizagens clínicas, nas suas múltiplas vertentes, que permitiram reflectir a prática do dia-a-dia, não apenas na área que constituiu a sua temática, mas também no modo como concebo e presto cuidados de Enfermagem em contexto de SU.

O desenvolvimento de competências para a prestação de CEC a pessoas com DRC e a aquisição de novas competências técnicas, durante os EC, além de ajudarem a melhorar a compreensão da problemática, permitiram melhorar a concepção e a prática de cuidados, direccionados a pessoas a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, assim como, a maximizar as intervenções na prevenção e controlo de infecção, face à complexidade das situações e à necessidade de criar respostas adequadas em tempo útil.

5.2. Limitações

O processo de elaboração das reflexões de estágio fica limitado por me encontrar na situação de iniciado, ou iniciado avançado no desenvolvimento de competências (Benner, 2005) na área de enfermagem nefrológica. Embora esta constatação não retire mérito ao percurso percorrido, nem validade ao conhecimento obtido, torna-se necessário referir que, apesar do estudo direccionado, da pesquisa bibliográfica e das reflexões para os fundamentos da disciplina nesta área levadas a cabo, a aprendizagem teria tido uma outra dimensão e profundidade se o meu ponto de partida fosse outro.

Outra limitação identificada prende-se com o acesso a estudos empíricos em regime aberto nas bases de dados, tendo como matriz teórica a enfermagem enquanto disciplina (Basto, 2009, p 15), o que levou a centrar as revisões de literatura a estudos relacionados com o tema e feita a ponte com a disciplina através artigos de com foco nas problemáticas de enfermagem.

5.3. Implicações para a Prática

As principais implicações para a prática dos cuidados encontram-se sintetizadas na proposta de Protocolo Clínico “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU”, podendo ser descritas nas suas três vertentes: (1) contributos para a melhoria dos cuidados; (2) contributos para a investigação; e (3) contributos para as políticas de saúde a nível organizacional.

Contributos para a Melhoria dos Cuidados

Os resultados apresentados, e a discussão que deles é feita, no presente Relatório permite afirmar que este Estágio, integrado num processo mais amplo que é o curso de Especialidade, terá reflexos evidentes na minha prática profissional e que, como vem sendo referido neste capítulo, se irão sentir na equipa de enfermagem onde me integro e no contexto em que presto cuidados.

Por outro lado, verifica-se que o Protocolo Clínico apresentado vai ao encontro da “*Política de Cuidado e Tratamento ao Doente*” do CH onde estou inserido, orientação que especifica as práticas profissionais clínicas a nível de uma unidade orgânica, encontrando-se estas relacionadas com manuais de boas práticas de profissão. Assim, após a sua divulgação e implementação, este

documento afigura-se como um instrumento válido e pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível operacional.

Contributos para a Investigação

A inclusão, no Protocolo Clínico, de indicadores para a formulação de diagnóstico de enfermagem, criação de intervenções e avaliação de resultados permitirá acumular um acervo de informação para futuros trabalhos de investigação centrados no conhecimento sobre cuidados de enfermagem à pessoa com DRC no contexto do SU com base numa matriz teórica de enfermagem.

Como sugestões de futuras investigações fica a análise de dados que vierem a ser disponibilizados através deste protocolo, nomeadamente no que respeita a ganhos nos cuidados de enfermagem implementados no SU.

Contributos para as Políticas de Saúde a Nível Organizacional

As políticas de saúde, como organização da vida em comunidade, são definidas como as escolhas da sociedade balizadas por legislação, directivas ou regulamentos, servindo como guias orientadores para construir programas operacionais e tomar decisões, transformando as vontades em realidades (Fawcett & Russel, 2001).

O Protocolo Clínico apresentado, tendo com objectivo responder a um problema do ponto de vista prática, suportado pelos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, e torna-se num contributo para alcançar os objectivos definidos na política da instituição.

O resultado deste trabalho, no tocante a políticas de saúde, pode servir de base para criação de outros documentos e com outros formatos pondo em evidência a enfermagem através da criação de indicadores para a gestão da boa prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allsopp, K. (2011). Caring For Patients With Kidney Failure. *Emergency Nurse*, 18(10), 12–16. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59311229&site=ehost-live>
- Azevedo, M. (2009). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares* (7ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editores.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 11–18. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.
- Bi, S.-H., Cheng, L.-T., & Wang, T. (2008). A survey of chronic kidney disease in a large hospital in China. *Renal Failure*, 30(5), 541–545. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18569936&site=ehost-live>
- Boterf, G. L. (2005). *Construir as Competências Individuais e Colectivas - Resposta a 80 Questões*. Porto: Edições ASA.
- Boutinet, J.-P. (1996). *Antropologia do Projecto (Original 1990)*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Breitsameter, G., Thomé, E., & Silveira, D. (2008). Complications that bring a chronic renal patient to emergency health services [Portuguese]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 29(4), 543–550. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010230672&site=ehost-live>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Chapman, A. (Ed.). (2005). SWOT Analysis Template. Business Balls. Obtido de http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf
- Coelho, J. P., Cunha, L. M., & Martins, I. L. (2008). *Inferência Estatística. Como Utilização do SPSS e G*power*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. CIPE/ICNP* (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Constituição da República Portuguesa. (2005). VII Revisão Constitucional. Assembleia da República. Obtido de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros (Original 2002)*. Loures: Lusociência.
- Cruz, D. de A. L. M., & Pimenta, C. A. M. (2005). Prática Baseada em Evidências, Aplicada ao Raciocínio Diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415–422. Obtido de <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>
- Defloor, T., Hecke, A. V., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Elisabeth, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 6(56), 669–678. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04038.x
- Despacho 18459/2006. (12 de Setembro). *Rede de Referência Hospitalar. Diário da República* (Vol. 2ª série - Nº 176). Obtido de <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/09/176000000/1861118612.pdf>
- Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. (2011). *Annual Report 2010*. Obtido de <http://www.dopps.org/annualreport/index.htm>
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e Validação de Um Inventário de Competências - Contributo Para a Definição de Um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Loures: Lusociência.
- Douglas, C., Murtagh, F., Chambers, E., Howse, M., & Ellershaw, J. (2009). Symptom management for the adult patient dying with advanced chronic kidney disease: a review of the literature and development of evidence-based guidelines by a United Kingdom Expert Consensus Group. *Palliative Medicine*, 23(2), 103–110. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010228884&site=ehost-live>
- Eknoyan, G. (2009). Chronic kidney disease definition and classification: no need for a rush to judgment. *Kidney International*, 75(10), 1015–1018. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010266705&site=ehost-live>

- Fawcett, J., & Russel, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(2), 108–116. doi:10.1177/152715440100200205
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13–23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Firestone, D., Band, R., Hollander, J., Castillo, E., & Vilke, G. (2009). Use of a urine dipstick and brief clinical questionnaire to predict an abnormal serum creatinine in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 16(8), 699–703. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00421.x
- Foundation for Critical Thinking. (2007). *The Thinker's Guide to Analytic Thinking*. Obtido de <http://www.criticalthinking.org/CTmodel/CTModel1.cfm>
- Freitas, P. (Ed.). (1997). *Triagem no Serviço de Urgência - Grupo de Triagem de Manchester*. sl: Grupo Português de Triagem.
- Helldén, A., Bergman, U., von Euler, M., Hentschke, M., Odar-Cederlöf, I., & Ohlén, G. (2009). Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. *Drugs & Aging*, 26(7), 595–606. doi:10.2165/11315790-000000000-00000
- Holcomb, S. (2005). Evaluating chronic kidney disease risk. *Nurse Practitioner*, 30(4), 12. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005083727&site=ehost-live>
- Hospitalization discharge diagnoses for kidney disease - United States, 1980-2005. (2008). *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 57(12), 309–312. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009879265&site=ehost-live>
- Hoyt, K. S., & Seffridge-Thomas, J. (Eds.). (2007). *Emergency Nursing Core Curriculum* (6ª ed.). Missouri, United States of America: Saunders Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (Ed.). (2010). Boletim Mensal de Estatística - Setembro 2010, 95. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=96075183&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (INE), & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Eds.). (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: INE. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2

- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham (UK): Nelson Thornes Ltd.
- Kennedy, H. P. (2004). Enhancing Delphi research: methods and results. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 504–511.
- Lei n.º 111/2009. (de 16 de Setembro). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República* (Vol. 1ª série - Nº 180, pp 6528 – 6550). Obtido de <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Levin, A., Hemmelgarn, B., Culleton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., Burns, K., et al. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1154–1162. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010108528&site=ehost-live>
- Liu, C., Einstadter, D., & Cebul, R. (2010). Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16(6), 413–420. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010695344&site=ehost-live>
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 21(2), 82–88. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live>
- Mahon, A., Jenkins, K., & Casal, M. C. (Eds.). (2007). *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3). Guia para a Prática Clínica*. Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org
- Marchão, C., Cachado, A. de S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência Renal Crónica Terminal - Manifesta Clínicas e Opções Terapêuticas. *Manual de Hemodiálise Para Enfermeiros* (pp 49 –78). Lisboa: Fresenius Medical Care.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCCCC). (2008). *Chronic Kidney Disease. National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care*. London (UK): Royal College of Physicians. Obtido de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12069/42116/42116.pdf>
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF&KDOQI) (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. D., Koster, R. W., et al. (2010). Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Renimação do European Resuscitation Concil. Conselho Português de Ressuscitação. Obtido de <http://www.cprguidelines.eu/2010/>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ed.). (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Autor. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ed.). (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Cadernos Temáticos. Lisboa: Autor. Obtido de <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses (OE & ICN) (Eds.). (2010). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Carig, L. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. (L. Lopes & S. Santos, Trans.) *Referência Revista de Enfermagem*, II, (12), 123 –133. Obtido de http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2162&id_rev=4&id_edicao=32
- Perkins, R., Olson, S., Hansen, J., Lee, J., Stiles, K., & Lebrun, C. (2007). Impact of an anemia clinic on emergency room visits and hospitalizations in patients with anemia of CKD pre-dialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 34(2), 167–182. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17486947> (=pt-br&site=ehost-live
- Plataforma de Gestão Integrada da Doença (PGID) (2011). Obtido de <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização (Original 2001)*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN) (Ed.). (2007). Manual Técnico II: Métodos e Técnicas de Avaliação. Istrumentos de Enquadramento das

- Conclusões de Avaliação. Observatório do QREN. Obtido de http://www.observatorio.pt/item1.php?lang=0&id_channel=16&id_page=548
- Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia. (2003). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Serviços de Planeamento. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf>
- Regulamento nº 122/2011. (18 de Fevereiro). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República* (Vol. 2ª série - Nº 35, pp 8648 – 8653). Obtido de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Regulamento nº 124/2011. (18 de Fevereiro). *Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República* (Vol. 2ª série - Nº 35, pp 8656 – 8657). Obtido de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>
- Resolução nº1/2001. (de 3 Janeiro). *Convenção para a protecção dos Direitos dos Homens e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Bio- Medicina*. Obtido de <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>
- Rohun, K., Kuliś, M., Pawłowska, A., Kierzkowska, I., Kwella, N., Kwella, B., Iłowska-Bierawska, A., et al. (2011). Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(1-2), 23–28. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21346694&site=ehost-live>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Eds.). (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percurso - Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior do Instituto Politécnico de Setúbal*, (15), 38. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Scheffer, B., & Rubenfeld, M. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 352–359. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001014960&site=ehost-live>
- Silva, A. A. de P. (2007). «Enfermagem Avançada»: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55(1-2), 11–20. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17703851&site=ehost-live>

- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). (2010). Gabinete de Registo. Relatórios Anuais - 2009. Obtido de http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2009/default.asp
- Spichiger, E., Wallhagen, M. I., & Benner, P. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scand Journal Caring Sciences*, (19), 303–309.
- Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 124–134. doi:Article
- Thomas, N., Kuntzle, W., & McCann, M. (Eds.). (2004). *The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing* (2ª ed.). Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).
- United States Renal Data System. (2011). *2010 Atlas of CKD & ESRD - Volume One CKD*. Obtido de <http://www.usrds.org/atlas.htm>
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Universal,Lda.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objectivos do Projecto e Indicadores de Avaliação

Objectivos e Indicadores de Avaliação

Os critérios e indicadores de avaliação constantes do projecto de estágio são apresentados em quatro Tabelas (1, 2, 3 e 4), em que cada uma correspondendo a um objectivo, onde se enunciam as competências que se pretendem alcançar, se descrevem as actividades a efectuar e os recursos afectados, com a finalidade de ser possível avaliar posteriormente o estágio.

As competências enunciadas respondem a competências inscritas nos Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº 122/2011, 18 de Fevereiro), Competências Específicas dos Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011, 18 de Fevereiro) e no “*The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing*” (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004).

Tabela 1- Critérios e indicadores de avaliação para o "Objectivo: Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC"

Objectivo: Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC		
Competências	Actividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Presta CEc a pessoas com DRC no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;• Presta CEc baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;• Presta CEc baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro;• Gere CEc, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.	<ul style="list-style-type: none">• Compreender a pessoa com DRC e a vivência da situação de estar e ser doente;• Entrevistas informais com os responsáveis dos Serviços no sentido de conhecer a organização e o funcionamento da equipa de enfermagem e da equipa pluridisciplinar no sentido de fazer frente aos cuidados à pessoa com DRC;• Desenvolver conhecimentos e perícias no contexto dos Serviços, com meios técnicos avançados e/ou sofisticados;• Identificar o papel da pessoa com DRC e família na equipa pluridisciplinar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pessoas com DRC e famílias presentes nos campos de estágio;• Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do ensino clínico;• Elementos da equipa pluridisciplinar. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Documentos orientadores existentes nos Serviços;• Literatura científica disponível;• Bases de dados.

Tabela 2 - Critérios e indicadores de avaliação para o "Objectivo: Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e TxR "

Objectivo: Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e TxR		
Competências	Actividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Presta CEc a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade; • Presta CEc a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes; • Presta CEc a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro. • Gere CEc, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a pessoa com DRC terminal e a vivência de enfrentar a situação necessitar/permanecer de TSR ou TxR; • Conhecer as TSR utilizadas nos campos de ensino clínico e suas aplicações e recomendações; • Conhecer o funcionamento dos equipamentos utilizados; • Conhecer as principais complicações das TSR utilizadas; • Conhecer e desenvolver CEc centrados na pessoa com DRC em programa de TxR. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com DRC terminal e famílias, presentes nos campos de estágio; • Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do ensino clínico; • Elementos da equipa pluridisciplinar. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos orientadores existentes nos Serviços; • Literatura científica disponível; • Bases de dados.

Tabela 3 - Critérios e indicadores de avaliação para o "Objectivo: Desenvolver Competências para o Cuidado a Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e ou Eventos Críticos"

Objectivo: Desenvolver Competências para o Cuidado a Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e ou Eventos Críticos		
Competências	Actividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística; • Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infecção; • Gere CEC, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a pessoa com DRC terminal e a vivência de enfrentar uma situação crítica; • Conhecer as respostas específicas, no cuidado à pessoa com DRC, para as principais complicações da doença; • Desenvolver conhecimentos na abordagem a pessoas em situação crítica tendo em conta a especificidade da DRC; • Desenvolver conhecimentos para identificação precoce das principais complicações em pessoa com DRC; • Desenvolver conhecimentos, como elemento da equipa pluridisciplinar, no sentido de optimizar a resposta da equipa de enfermagem perante situações de agudização ou eventos críticos da pessoa com DRC. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com DRC e famílias, presentes nos campos de estágio; • Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do ensino clínico; • Elementos da equipa pluridisciplinar. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos orientadores existentes nos Serviços; • Literatura científica disponível; • Bases de dados.

Tabela 4- Critérios e indicadores de avaliação para o "Objectivo: Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC na Sala de Emergência"

Objectivo: Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência		
Competências	Actividades	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Baseia a prática clínica para a prestação de CEC à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, em padrões de conhecimento sólidos válidos actuais e pertinentes, assumindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação; • Gere CEC para otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e delgados; • Gere CEC, adequando os recursos às necessidades da pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, promovendo a qualidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o perfil dos estádios da pessoa com DRC em situação crítica no SU; • Identificar os cuidados de enfermagem específicos direccionados à pessoa com DRC em situação crítica, efectuados no SU do CH[REDACTED]; • Elaborar um documento orientador para a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com DRC em situação crítica no SU; • Divulgar o documento à equipa de multidisciplinar do SU. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiro orientador do ensino clínico; • Elementos da equipa pluridisciplinar. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos orientadores existentes nos Serviços; • Processos clínicos das pessoas com DRC no SU do CH[REDACTED]; • Literatura científica disponível; • Bases de dados.

APÊNDICE II – Cronograma

Cronograma

		2011								2012		
Objectivo	Tarefas	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar
Preparação do projecto de estágio		3		29	Férias							
	Tema do projecto	3	17									
	Revisão da Literatura	3	17									
	Idas a campos de estágio			4 a 8								
	Entrevistas de Aproximação		17	8								
	Reuniões de Orientação											
Elaboração do Projecto de estágio		3		29								
	Tema do projecto	3	17									
	Revisão da Literatura	3	17									
	Enquadramento teórico		17	29								
	Apresentação do projecto			18								
Estágio							6					15
	Serviço de Nefrologia de referência num Hospital de Lisboa do EC1						6	2				
	Serviço de Nefrologia num Hospital na Grande Lisboa do EC2							7	16			
	Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do EC3									3	15	
Objectivos de Estágio							6					15
Desenvolver competências na prestação de CE à pessoa com DRC							6	2	7	13		
	Compreender a pessoa com DRC na situação estar ser doente						6	2	7	13		
	Conhecer a organização e funcionamento do serviço						6 a 10	7 a 13				
	Desenvolver conhecimentos e perícias						6	2	7	13		

Identificar o papel da pessoa com DRC e família na equipa
Adquirir competências em TSR e TxR
Compreender a pessoa com DRCt na situação de TSR
Conhecer as TSR utilizadas nos campos de estágio
Conhecer o funcionamento dos equipamentos
Conhecer as principais complicações das TSR
Conhecer e desenvolver CE da pessoa com DRC em TxR
Desenvolver competências para o cuidado à pessoa com DRC em situação de agudização ou evento crítico
Compreender a pessoa com DRC situação crítica
Conhece as respostas específicas das principais complicações
Desenvolver conhecimentos de abordagem em situação crítica
Desenvolver conhecimentos de identificação precoce
Integrar a equipa multidisciplinar para resposta eficaz
Desenvolver proposta de protocolo clínico
Identificar o perfil dos estádios da pessoa com DRC no SU
Identificar os cuidados de enfermagem efectuados à pessoa com DRC
Elaborar um documento orientador para a prestação de cuidados no SU
Divulgar o documento à equipa multidisciplinar
Relatório de Estágio
Revisão da Literatura
Discrição dos incidentes críticos e momentos de aprendizagem
Redacção do Relatório
Reuniões de Orientação

6	2	7	13
	7		16
	7		16
	7		16
	7		16
	7		16
6	2	7	16
6	2	7	16
6	2	7	16
6	2	7	16
6	2	7	16
6	2	7	16
			3 15
			3 15
			3 15
			3 15
			3 15
6			30
6			30
6			30
6			30
6			30

APÊNDICE III – Resumo dos artigos da Revisão da Literatura

Resumo dos Artigos da Revisão da Literatura

Cada artigo foi resumido contendo a: (1) referência bibliográfica, (2) tipo de estudo e a força da sua evidência, (3) participantes, (4) objectivo, (5) principais intervenções estudadas e (6) principais resultados.

Autor, Ano,	Allsopp (2011) Caring For	Tipo de	Estudo de caso,	Participantes	Não referenciado.
Título do	Patients With Kidney	Estudo,	baseado em		
Estudo,	Failure. Emergency	Métodos de	revisão da		
Publicação	Nurse, 18(10), 12-16.	Colheita de	literatura.		
		Dados	Nível Evidência V		
<p>Objectivos do estudo: Aumentar o conhecimento dos enfermeiros dos SU em diversas áreas relacionadas com a gestão de cuidados a pessoas com DRC.</p> <p>Intervenções: Prestação de cuidados a pessoas com DRC em estágio terminal, centrada na gestão de fluidos, transfusões sanguíneas, controlo de dor e de hipercalemiemia.</p> <p>A revisão da literatura é acompanhada de um estudo de caso no sentido de ilustrar e de relacionar a teoria com a prática.</p> <p>Resultados: Nas pessoas com DRC as admissões nos SU são motivadas, na maioria, por alterações cardíacas e respiratórias. Os profissionais devem compreender a gestão da DRC e as consequências do declínio da função renal, a importância da preservação do património venoso, da gestão de fluidos, considerar a hipótese de hipercalemiemia e conhecer as respostas adequadas e compreender os riscos potenciais das transfusões sanguíneas.</p>					

Autor, Ano,	Bi, Cheng, & Wang (2008)	Tipo de	Estudo de	Participantes	n = 1263 pessoas
Título do	A survey of chronic	Estudo,	coorte		em 18
Estudo,	kidney disease in a large	Métodos de	retrospectivo.		departamentos de
Publicação	hospital in China. Renal	Colheita de	Nível Evidência		um grande hospital
	Failure, 30(5).	Dados	III		na China
<p>Objectivos do estudo: Identificar novos casos de DRC através da creatinina sérica (>1,47mg/dl por mais de 3 meses) e estimar a TFG através da MDRD.</p> <p>Intervenções: Estudar retrospectivamente doentes internados, com foco nos admitidos a partir do ambulatório e do SU, com excepção do departamento de nefrologia, no sentido de identificar novos casos e estratificar a DRC.</p> <p>Resultados: A cooperação multidisciplinar a partir da admissão do ambulatório e do SU, em conjunto com um bom sistema de referência e acompanhamento, são necessários para um cuidado apropriado à DRC.</p>					

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Breitsameter, Thomé, & Silveira (2008) Complications that bring a chronic renal patient to emergency health services [Portuguese]. <i>Revista Gaucha de Enfermagem</i> , 29(4), 543-550.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte retrospectivo. Nível Evidência III	Participantes	n = 139 pessoas num SU de um Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.
---	--	---	---	----------------------	--

Objectivos do estudo: Conhecer o perfil do DRC que apresenta complicações e necessita de um atendimento de emergência, identificar o motivo da procura pela emergência e a prevalência das complicações.

Intervenções: Analisar o processo das pessoas que recorreram ao SU, entre Julho e Outubro de 2006, com DRC que apresentam alguma alteração clínica e motivo de internamento.

Resultados: O perfil apresentado foi maioritariamente do género feminino, contrário a estudos sobre a prevalência da DRC, portadoras de doenças crónicas como comorbilidades, diabetes mellitus e hipertensão arterial, na faixa etária acima dos 41 anos e a maioria não faz tratamento de substituição renal.

As principais complicações identificadas foram a dispneia, seguida de febre, alterações neurológicas e convulsões. A maioria das complicações poderia ser tratadas no serviço de origem.

Conclui da maior necessidade do acompanhamento da pessoa com DRC pela equipa multidisciplinar com objectivo de manutenção da saúde e evitar o agravamento da doença.

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Firestone, Band, Hollander, Castillo, & Vilke (2009) Use of a urine dipstick and brief clinical questionnaire to predict an abnormal serum creatinine in the emergency department. <i>Academic Emergency Medicine</i> , 16(8), 699-703.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte prospectivo multicêntrico, com amostra de conveniência. Nível Evidência III	Participantes	n = 1547 pessoas, com critérios de inclusão, de 2 SU de hospitais universitários nos EUA, um na Pennsylvania e outro em San Diego California.
---	---	---	--	----------------------	---

Objectivos do estudo: Demonstrar que uma história clínica breve, associado a um teste com fitas reactivas de análise à urina, apresenta uma sensibilidade elevada para a disfunção renal, eliminando a necessidade de determinar a creatinina sérica antes da administração de contraste intravenoso.

Intervenções: Estudar se com o recurso a utilização de fitas reactivas para análise da presença de proteínas e hemoglobina na urina em conjunto com a observação da pessoas que se apresenta no SU, são fiáveis para identificar pessoas com valores anormais de creatinina sérica (>1.5 mg/dl), no período de Setembro de 2006 a Novembro de 2007.

Resultados: Foi encontrada uma forte relação entre uma rápida história clínica onde estão presentes factores de risco, em conjunto com análise positiva, efectuada através de fitas reactivas de urina, com valores alterados de creatinina, apresentando um grau de sensibilidade de 98,1% para Cr>1,5 mg/dl e de 21,2% de especificidade.

Ficou demonstrado que nas condições do estudo, as fitas reactivas para análise de protienúria e presença de hemtúria, conjuntamente a presença de factores de risco são um meio muito rápido para a decisão clínica em caso de necessidade de administração de contraste intravenoso.

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Helldén et al. (2009) Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. <i>Drugs & Aging</i> , 26(7), 595-606.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte retrospectivo, com grupo de controlo. Nível Evidência III	Participantes	n = 154 pessoas >65 anos, admitidos no SU de um hospital universitário em Estocolmo, Suécia.
---	--	---	---	----------------------	--

Objectivos do estudo: Estudar as causas de admissão no SU motivadas por reacções farmacológicas adversas, em participantes registados como a receber cuidados domiciliários.

Intervenções: Identificar entre Outubro e Novembro de 2002 pessoas com reacções farmacológicas adversas entradas no SU.

Resultados: Da amostra estudada, 14% das admissões no SU tem como primeira causa reacções farmacológicas adversas ou como factor de comorbilidade. Em 33% da amostra, as reacções farmacológicas adversas estão relacionadas com alteração da função renal e as mulheres mais velhas são as mais frequentemente afectas.

As reacções farmacológicas adversas podem ser evitadas mediante um acompanhamento atento da função renal e ajustamento da farmacoterapia, selecção do fármaco e dose, em especial nas mulheres mais idosas.

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Liu, Einstadter, & Cebul (2010) Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. <i>American Journal of Managed Care</i> , 16(6), 413-420.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte retrospectivo, com grupo de controlo. Nível Evidência III	Participantes	n = 623 pessoas com diabetes e DRC, seguidos em programa de cuidados primários de uma comunidade urbana no Ohaio, EUA.
---	---	---	---	----------------------	--

Objectivos do estudo: Avaliar a associação entre o padrão de fragmentação de cuidados no ambulatório e o SU, utilizando pessoas adultas com diabetes mellitus e DRC.

Intervenções: A fragmentação de cuidados é entendida como o número de consultas de diferentes especialidades médicas.

Os participantes são seguidos em consulta de acompanhamento com pelo menos duas visitas anuais no ano anterior ao estudo. Os dados foram colhidos durante dois anos, 2002 e 2003 através de registos médicos electrónicos.

Determinar se a referenciação, aparentemente adequada, a um especialista para um rastreio da comorbilidades coexistentes, foi compensado nos efeitos potencialmente nocivos da fragmentação dos cuidados.

O número de visitas ao SU foi seleccionado como principal resultado, por ser convencionalmente entendido como “evitável” se existir um óptimo seguimento ambulatório. Qualquer visita ao SU durante os dois anos foi contada.

Resultados: No universo estudado foi encontrado uma significativa associação entre a fragmentação dos cuidados e o número de idas ao SU.

A ida ao SU é reduzida 29%, comparado com o grupo de controlo, se consultas de cuidados primários fizerem uma correcta referenciação e respectivo controlo das especialidades no seguimento das comorbilidades.

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Perkins et al. (2007) Impact of an anemia clinic on emergency room visits and hospitalizations in patients with anemia of CKD pre-dialysis. <i>Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association,</i> 34(2), 167-182.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte retrospectivo com grupo de controle. Nível Evidência III	Participantes	n = 49 pessoas com DRC, comparando n=22 como programa de controle de anemia e n=27 que não estão inseridos no programa, num hospital militar em Madigan, EUA:
---	---	---	---	----------------------	--

Objectivos do estudo: Descrever os efeitos da gestão de enfermagem de um programa de tratamento da anemia em pessoas com DRC.

Determinar os custos com as idas aos SU e hospitalizações dos grupos em estudo.

Intervenções: O grupo em tratamento com factor recombinante de eritopoetina humana e ferro endovenoso tem seguimento de cuidados de enfermagem. A medida utilizada como resultado de saída foi o número de visitas ao SU e hospitalização, e os diagnósticos de admissão, durante 1 ano de duração do estudo, através dos dados do sistema de registos.

Resultados: A gestão de enfermagem nos programas de tratamento da anemia em pessoas com DRC é segura e efectiva, reduzindo as idas aos SU e hospitalizações em aproximadamente 80%, com foco especial na doença cardíaca e infecções.

A integração em programas de controlo de anemia, geridos por enfermeiros, encontra-se significativamente associada à redução de idas aos SU e hospitalizações, numa população com DRC que não apresenta variação significativa na sua caracterização.

O resultado deste estudo justifica futuras pesquisas e análises para estabelecer casualidades.

Autor, Ano, Título do Estudo, Publicação	Rohun et al. (2011) Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. <i>Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej</i> , 121(1-2), 23-28.	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Estudo de coorte retrospectivo. Nível Evidência III	Participantes	n = 176 num SU de um grande hospital universitário Polaco
---	--	---	---	----------------------	---

Objectivos do estudo: Avaliar a precisão das práticas de rotina para a detecção da DRC num SU e a elevada presença de factores de risco para o desenvolvimento da DRC.

Intervenções: Pessoas admitidas no SU durante um mês, de 1 a 31 de Janeiro de 2010, e que foram posteriormente internadas em enfermarias do hospital, partindo dos valores de tensão arterial, creatinina sérica e estimativa da TFG, ureia, potássio, glicose. Foram excluídas pessoas com prévia DRC, grávidas e pessoas em situação crítica com imediata admissão no bloco operatório.


Resultados: O SU é um local com capacidade de detecção da DRC através da utilização de ferramentas simples. Mediadas com não avaliar a creatinina sérica, TFG, ou mesmo medição da tensão arterial colocam em risco a não detecção de uma percentagem significativa de pessoas que beneficiariam de uma identificação de DRC. Por outro lado os resultados apontam para pessoas que se apresentem no SU com factores de risco de DRC e esta não foi procurada, dando assim origem à recomendação da necessidade urgente de um programa estrutural para a detecção da DRC neste nível de cuidados de saúde.

APÊNDICE IV – Resumo dos Dados Contidos nos Estudos Empíricos da revisão da Literatura

Resumo de dados dos estudos empíricos da Revisão da Literatura

	Estádio da DRC [n (%)]	Factores de risco	Principais comorbilidades [n (%)]	Principal complicação/motivo de admissão no SU [n (%)]
Allsopp (2011)	Pessoa em estadio 5 em programa de HD		HTA	Dificuldade respiratória Anemia Hipercaliemia
Bi, Cheng, & Wang (2008)	3 =509 (50,5) 4 =196 (19,5) 5 = 301 (30,0)			
Breitsameter , Thomé, & Silveira (2008)	≤4 =76 (54,7) 5 =62 (44,6) S/informação =1	[51-60] anos ⇔23% [61-70] anos ⇔19,4% [71-80] anos ⇔18%	HTA =17 (51,1) HTA e DM =42 (30) DM =8 (5,8) S/informação =18 (12,9)	Dispneia =32 (23,0) Febre =14 (10,0) Alterações neurológicas =11 (7,9) HTA hipotensão =10(7,2)
Firestone, Band, Hollander, Castillo, & Vilke (2009)		≥60anos Insuficiência renal HTA DM I cardíaca congestiva Exposição a contraste intravenoso		
Heldén et al. (2009)	TFG 40±18 ml/min	<u>(± desvio padrão)</u> Idade 82,1 (±7,8) n de fármacos na admissão 6,8 (±4,2)		
Liu, Einstadter, & Cebul (2010)			<u>Na presença de DM e DRC</u> HTA =589 (94,5) Doença Coronária =180 (28,9) I cardíaca congestiva = 186 (29,9) Doença cerebrovascular = 124 (19,9)	
Perkins et al. (2007)			<u>Na presença de anemia</u> <u>{n(%) grupo em tratamento/n(%)</u> <u>grupo de controlo}</u> DM e HTA= 17(63)/9(41) DM= 2(7)/1(4,5) HTA= 7(26)/11(50) Glumeronefrite e HTA= 1(3,7)/1(4,5) I cardíaca congestiva= 13(48)/8(36) Doença Coronária= 10(37)/11(50)	<u>Na presença de anemia</u> Doença cardíaca=17 Infecção=7 Anemia=3 LRA=3 AVC=2 DPOC=2
Rohun et al. (2011)	2=29(50,8) 3=20(35,1) 4=5(8,8) 5=3(5,3)		Não existiu acesso durante o estudo.	Doença cardíaca=61(33,5) Suspeita da AVC=37(21,2) Trauma=20(12,5) Dor abdominal=18(10,2) Hemorragia GI=13(7,4) HTA=8(4,5) DM=5(2,8)

APÊNDICE V – Objectivos Para o Ensino Clínico 1

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Objectivos do Ensino Clínico1 - Serviço de Nefrologia do H [REDACTED]</p>

Lisboa, 6 de Outubro de 2011

PREAMBULO

Este documento tem como fim apresentar os objectivos e actividades para a Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, no ensino clínico do Serviço de Nefrologia do Hospital [REDACTED].

O projecto de estágio desenvolve-se em torno dos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) no Serviço de Urgência (SU) ”.

Este objectivos e actividades serão discutidas com a Enfermeira Chefe Eugénia Santos e com a Enfermeira Paula Luz, designada pela Enfermeira Chefe como orientadora de estágio, após validação da Docente Orientadora de projecto Prof. Maria Saraiva permitindo assim a avaliação do ensino clínico.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao longo do meu percurso de 17 anos de prestação de cuidados de Enfermagem no SU constatei, de forma empírica, não só a afluência de muitos utentes com DRC ao Serviço como a necessidade, por parte dos profissionais, de uma resposta adequada à especificidade desta população.

O projecto prende-se com a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC em SU.

Na abordagem à pessoa no SU, e tendo como referência o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, proposto por Benner (2005), já não me apoio no princípio analítico *regra – indicação*, mas sim nos *casos pragmáticos - máximas*, isto é, na apreensão global do problema com imediata solução no acto apropriado, que define o estado de *perito*.

Os saberes que caracterizam a prestação de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e em especial na área de intervenção específica – Enfermagem Nefrológica, colocam-me no ponto de *iniciado*, ou de *iniciado avançado* (Benner, 2005, pp 45 – 46). Desta forma, terei de percorrer um caminho de aquisição de perícias que traduzirão competências na prática, respondendo ao que, do ponto de vista teórico, foi alcançado com a componente curricular já cumprida.

A DRC alcançou uma proporção epidémica, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite de tratamento de substituição renal (*TSR*). A maioria destas pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática (Holcomb, 2005, p 18; Mahon, Jenkins, & Casal, 2007, p 35), facto que leva a que, muitas vezes, o diagnóstico da doença apenas surja na sequência de uma ida a um SU, após um qualquer evento crítico (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008, p 544; Rohun et al., 2011, p 23).

Em 2005/2006 cerca de 1,55% da população portuguesa tinha diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica (*IRC*), nos seus vários estádios de evolução (Instituto Nacional de Estatística (*INE*) & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009, p 110).

À DRC está associada a um conjunto de complicações e comorbilidades que interagem entre si e se potenciam, aumentando o risco de evento crítico e a necessidade de recorrer ao SU: existem estudos que mostram que, entre os doentes com DRC que recorrem aos SU, o diagnóstico mais comum é de doença cardíaca descompensada (Breitsameter et al., 2008, p 546; Liu, Einstadter, & Cebul, 2010, p 415; Rohun et al., 2011, p 24).

Os SU constituem uma capacidade instalada para a detecção da DRC, e desta forma ajudar a responder às necessidades de cuidados da população e evitar as complicações (*Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia (RRHN)*, 2003, p 10).

É ainda verificado na literatura que existe necessidade ter em conta o perfil da possível DRC para as decisões terapêuticas, não fragmentando a assistência às pessoas que recorrem aos SU, centrada na situação de apresentação, e deste modo evitar complicações ou agravamento da função renal que podem já encontrar-se alteradas. Esta medida contribui para o não agravar os custos directos para a saúde das pessoas e os custos dos sistemas de prestação de cuidados (Bi, Cheng, & Wang, 2008, p 544; Breitsameter et al., 2008, p 549; Liu et al., 2010, p 413; Rohun et al., 2011, p 24).

Para fazer frente a estas questões, em Portugal, foi criada a Plataforma de Gestão Integrada da Doença (*PGID*) onde é possível fazer o registo de referenciação das pessoas com DRC, permitindo acesso a estes dados a partir de qualquer serviço, nomeadamente dos SU.

Um levantamento de dados realizado para este projecto, concluiu que, 24,23% dos doentes admitidos, durante um ano, nas Salas de Emergência (*SE*) de um SU Polivalente, apresentavam referência clínica a IRC.

Ainda que a prática de enfermagem nos SU se revista de condições especiais, por se prestarem cuidados a pessoas que não têm diagnóstico formado nem plano terapêutico, contribuindo para “*elevado stress, ritmo acelerado e o elemento da vida e morte no meio da urgência*” (Valdez, 2008, p 435), a complexidade dos cuidados prestados em situações urgência e de emergência não difere de outras situações difíceis (Defloor et al., 2006, p 670; Hesbeen, 2000, p 37).

No entanto, Mahon e colegas (2007, p 17) vincam, que a capacidade para reconhecer a DRC, identificar os diferentes estádios de classificação, a sua avaliação e tratamento é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Por outro lado, a prática profissional e a literatura mostram-nos que a pessoa com DRC se vê a si mesmo como “*colaborador e nunca como cumpridor*” (Fernandes, 2008, p 17), aceitando ou não as decisões, exercendo assim o seu poder. Já os profissionais de saúde são tidos como “*convidados na vida dos doentes*”, sendo as regras dos clientes que devem ser respeitadas “e não as dos profissionais” (Fernandes, 2008, p 18).

OBJECTIVOS DO PROJECTO

A elaboração deste projecto e a realização do Estágio visa a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Nefrológica, dando resposta aos seguintes objectivos:

- 1) Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC;
- 2) Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal;
- 3) Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos;
- 4) Desenvolvimento de Proposta de Procedimento Sectorial – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência.

O planeamento do projecto de estágio será construído por partes distintas, cada uma delas com o fim de responder a objectivos e respectivos indicadores de avaliação, dentro do tema “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência*”.

Assim o primeiro estágio, Hospital [REDACTED] Serviço de Nefrologia, servirá para compreender a dinâmica de prestação de cuidados à pessoa com DRC em contexto hospitalar nas diversas vertentes de enfermagem nefrológica, que decorrerá entre 3 de Outubro e 4 de Novembro.

No segundo estágio, Hospital [REDACTED], será dado mais foco às questões relacionadas com os cuidados de enfermagem em TSR e desenvolvimento de competências de CEc a pessoas com DRC a vivenciarem processos de agudização ou eventos críticos, que decorrerá entre 7 de Novembro e 9 de Dezembro.

Por último, o estágio no Serviço de Urgência do [REDACTED], tem como objectivo a integração dos conhecimentos culminando na execução da proposta de resolução do tema do projecto de estágio, que decorrerá entre 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2012.

PLANIFICAÇÃO

A planificação do Estágio no Serviço de Nefrologia do Hospital [REDACTED] decorre dos objectivos do projecto e das entrevistas com a Enfermeira Chefe Eugénia Santos e com a Enfermeira Paula Luz, designada pela Enfermeira Chefe como orientadora de estágio.

A Planificação será aprestada em três tabelas, onde se enuncia o objectivo e as competências decorrentes dos critérios e indicadores de avaliação, e se explicitam as actividades específicas direccionada para o campo de ensino clínico. É também feita uma previsão temporal para a execução de cada uma das actividades.

Objectivo: Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC

Competências:

- Presta CEc a pessoas com DRC no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta CEc baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;
- Presta CEc baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.
- Gere CEc, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

Actividades:

- Integração na equipa multidisciplinar: Conhecimento dos objectivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa [previsto para a semana de 3 a 9 de Outubro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados a pessoa com DRC a quem foi desprogramada TSR e serão prestados cuidados de enfermagem de conforto [previsto para a semana de 10 a 16 de Outubro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados na administração de terapêutica / alimentação e gestão da mesma em pessoa internada no serviço de Nefrologia [previsto para a semana de 17 a 23 de Outubro];
- Reflexão: Integração da família / pessoa significativa na prestação de cuidados de enfermagem [previsto para a semana de 17 a 23 de Outubro].

Objectivo: Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal

Competências:

- Presta CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;
- Presta de CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.
- Gere CEC, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

Actividades:

- Integração na equipa multidisciplinar na Sala de Hemodiálise: Conhecimento dos objectivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa na sala de HD, contacto com as tecnologias avançadas de TSR [previsto para a semana de 24 a 30 de Outubro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados a pessoa com DRC em TSR [previsto para a semana de 24 de Outubro a 4 de Novembro].

Objectivo: Desenvolver Competências para o Cuidado a Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e ou Eventos Críticos

Competências:

- Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infecção;
- Gere CEC, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

Actividades:

- Integração na equipa multidisciplinar na Sala de Hemodiálise: Conhecimento dos objectivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa na sala de HD, contacto com as tecnologias avançadas de TSR [previsto para a semana de 24 a 30 de Outubro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados a pessoa com DRC em TSR [previsto para a semana de 24 de Outubro a 4 de Novembro];
- Contributo para a formação: com base no programa de formação em serviço, integrar o módulo de *prestação de cuidados em situação de emergência*, com apresentação de sessão sobre as novas *guidelines* de suporte básico para enfermeiros e assistentes oracionais [previsto para a semana de 17 a 30 de Outubro].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bi, S.-H., Cheng, L.-T., & Wang, T. (2008). A survey of chronic kidney disease in a large hospital in China. *Renal Failure*, 30(5), 541-545. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18569936&site=ehost-live>
- Breitsameter, G., Thomé, E. G. da R., & Silveira, D. (2008). Complicações que Levam o Doente Renal Crônico a um Serviço de Emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 543 - 550. Obtido de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7624/4679>
- Defloor, T., Hecke, A. V., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Elisabeth, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgium general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 6(56), 669-678. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04038.x
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar (Original 1997)*. Loures: Lusociência.
- Holcomb, S. (2005). Evaluating chronic kidney disease risk. *Nurse Practitioner*, 30(4), 12. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005083727&site=ehost-live>
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Eds.). (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: INE. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2
- Liu, C., Einstadter, D., & Cebul, R. (2010). Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16(6), 413-420. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010695344&site=ehost-live>
- Mahon, A., Jenkins, K., & Casal, M. C. (Eds.). (2007). *Doença Renal Crônica (Estádios 1-3). Guia para a Prática Clínica*. Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org
- Plataforma de Gestão Integrada da Doença. (2011). Obtido Junho 16, 2011, de <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>

Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia. (2003). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Serviços de Planeamento. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf>

Rohun, K., Kuliś, M., Pawłowska, A., Kierzkowska, I., Kwella, N., Kwella, B., Iłowska-Bierawska, A., et al. (2011). Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(1-2), 23-28. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21346694&site=ehost-live>

Valdez, A. M. (2008). Transitioning From Novice To Competent: What Can We Learn From The Literature About Graduate Nurses In The Emergency Setting? *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 435-440. doi:10.1016/j.jen.2007.07.008

APÊNDICE VI – Objectivos Para o Ensino Clínico 2

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Objectivos do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

Lisboa, 7 de Novembro de 2011

PREAMBULO

Este documento tem como fim apresentar os objectivos e actividades para a Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, no ensino clínico do Serviço de Nefrologia [REDACTED].

O projecto de estágio desenvolve-se em torno dos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) no Serviço de Urgência (SU) ”.

Este objectivos e actividades serão discutidas com a Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Susana Duarte, designada pela Enfermeira Chefe como orientadora de estágio, após validação da Docente Orientadora de projecto Prof. Maria Saraiva permitindo assim a avaliação do ensino clínico.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao longo do meu percurso de 17 anos de prestação de cuidados de Enfermagem no SU constatei, de forma empírica, não só a afluência de muitos utentes com DRC ao Serviço como a necessidade, por parte dos profissionais, de uma resposta adequada à especificidade desta população.

O projecto prende-se com a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC em SU.

Na abordagem à pessoa no SU, e tendo como referência o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, proposto por Benner (2005), já não me apoio no princípio analítico *regra – indicação*, mas sim nos *casos pragmáticos - máximas*, isto é, na apreensão global do problema com imediata solução no acto apropriado, que define o estado de *perito*.

Os saberes que caracterizam a prestação de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e em especial na área de intervenção específica – Enfermagem

Nefrológica, colocam-me no ponto de *iniciado*, ou de *iniciado avançado* (Benner, 2005, pp 45 – 46). Desta forma, terei de percorrer um caminho de aquisição de perícias que traduzirão competências na prática, respondendo ao que, do ponto de vista teórico, foi alcançado com a componente curricular já cumprida.

A DRC alcançou uma proporção epidémica, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite de tratamento de substituição renal (*TSR*). A maioria destas pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática (Holcomb, 2005, p 18; Mahon, Jenkins, & Casal, 2007, p 35), facto que leva a que, muitas vezes, o diagnóstico da doença apenas surja na sequência de uma ida a um SU, após um qualquer evento crítico (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008, p 544; Rohun et al., 2011, p 23).

Em 2005/2006 cerca de 1,55% da população portuguesa tinha diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica (*IRC*), nos seus vários estádios de evolução (Instituto Nacional de Estatística (*INE*) & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009, p 110).

À DRC está associada a um conjunto de complicações e comorbilidades que interagem entre si e se potenciam, aumentando o risco de evento crítico e a necessidade de recorrer ao SU: existem estudos que mostram que, entre os doentes com DRC que recorrem aos SU, o diagnóstico mais comum é de doença cardíaca descompensada (Breitsameter et al., 2008, p 546; Liu, Einstadter, & Cebul, 2010, p 415; Rohun et al., 2011, p 24).

Os SU constituem uma capacidade instalada para a detecção da DRC, e desta forma ajudar a responder às necessidades de cuidados da população e evitar as complicações (*Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia (RRHN)*, 2003, p 10).

É ainda verificado na literatura que existe necessidade ter em conta o perfil da possível DRC para as decisões terapêuticas, não fragmentando a assistência às pessoas que recorrem aos SU, centrada na situação de apresentação, e deste modo evitar complicações ou agravamento da função renal que podem já encontrar-se alteradas. Esta medida contribui para o não agravar os custos directos para a saúde das pessoas e os custos dos sistemas de prestação de cuidados (Bi, Cheng, & Wang, 2008, p 544; Breitsameter et al., 2008, p 549; Liu et al., 2010, p 413; Rohun et al., 2011, p 24).

Para fazer frente a estas questões, em Portugal, foi criada a Plataforma de Gestão Integrada da Doença (*PGID*) onde é possível fazer o registo de referenciação das pessoas com DRC, permitindo acesso a estes dados a partir de qualquer serviço, nomeadamente dos SU.

Um levantamento de dados realizado para este projecto, concluiu que, 24,23% dos doentes admitidos, durante um ano, nas Salas de Emergência (*SE*) de um SU Polivalente, apresentavam referência clínica a IRC.

Ainda que a prática de enfermagem nos SU se revista de condições especiais, por se prestarem cuidados a pessoas que não têm diagnóstico formado nem plano terapêutico, contribuindo para

“elevado stress, ritmo acelerado e o elemento da vida e morte no meio da urgência” (Valdez, 2008, p 435), a complexidade dos cuidados prestados em situações urgência e de emergência não difere de outras situações difíceis (Defloor et al., 2006, p 670; Hesbeen, 2000, p 37).

No entanto, Mahon e colegas (2007, p 17) vinculam, que a capacidade para reconhecer a DRC, identificar os diferentes estádios de classificação, a sua avaliação e tratamento é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Por outro lado, a prática profissional e a literatura mostram-nos que a pessoa com DRC se vê a si mesmo como *“colaborador e nunca como cumpridor”* (Fernandes, 2008, p 17), aceitando ou não as decisões, exercendo assim o seu poder. Já os profissionais de saúde são tidos como *“convidados na vida dos doentes”*, sendo as regras dos clientes que devem ser respeitadas *“e não as dos profissionais”* (Fernandes, 2008, p 18).

OBJECTIVOS DO PROJECTO

A elaboração deste projecto e a realização do Estágio visa a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Nefrológica, dando resposta aos seguintes objectivos:

- 1) Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC;
- 2) Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal;
- 3) Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos;
- 4) Desenvolvimento de Proposta de Procedimento Sectorial – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência.

O planeamento do projecto de estágio será construído por partes distintas, cada uma delas com o fim de responder a objectivos e respectivos indicadores de avaliação, dentro do tema *“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência”*.

Assim o primeiro estágio, Hospital [REDACTED] Serviço de Nefrologia, servirá para compreender a dinâmica de prestação de cuidados à pessoa com DRC em contexto hospitalar nas diversas vertentes de enfermagem nefrológica, que decorrerá entre 3 de Outubro e 4 de Novembro.

No segundo estágio, Hospital [REDACTED], será dado mais foco às questões relacionadas com os cuidados de enfermagem em TSR e desenvolvimento de competências de CEc a pessoas com DRC a vivenciarem processos de agudização ou eventos críticos, que decorrerá entre 7 de Novembro e 9 de Dezembro.

Por último, o estágio no Serviço de Urgência [REDACTED], tem como objectivo a integração dos conhecimentos culminando na execução da proposta de resolução do tema do projecto de estágio, que decorrerá entre 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2012.

PLANIFICAÇÃO

A planificação do Estágio no Serviço de Nefrologia do Hospital [REDACTED] decorre dos objectivos do projecto e das entrevistas com a Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Susana Duarte, designada pela Enfermeira Chefe como orientadora de estágio.

A Planificação será aprestada em três tabelas, onde se enuncia o objectivo e as competências decorrentes dos critérios e indicadores de avaliação, e se explicitam as actividades específicas direccionada para o campo de ensino clínico. É também feita uma previsão temporal para a execução de cada uma das actividades.

Objectivo: Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC

Competências:

- Presta CEc a pessoas com DRC no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta CEc baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;
- Presta CEc baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.
- Gere CEc, otimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

Actividades:

- Integração na equipa multidisciplinar: Conhecimento dos objectivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa [previsto para a semana de 7 a 12 de Novembro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados na administração de terapêutica / alimentação e gestão da mesma em pessoa internada no serviço de Nefrologia [previsto para a semana de 14 a 27 de Novembro];
- Reflexão: Integração da família / pessoa significativa na prestação de cuidados de enfermagem [previsto para a semana de 14 a 27 de Novembro].

Objectivo: Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal

Competências:

- Presta CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, no seu contexto de vida, assentes em tomadas de decisões e intervenções validas e pertinentes, suportada na investigação e no conhecimento da área da especialidade;
- Presta CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseado num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes;
- Presta CEC a pessoas com DRC terminal em programas de TSR e transplante renal, baseados na criação e manutenção de um ambiente seguro.
- Gere CEC, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade.

Actividades:

- Integração na equipa multidisciplinar no Hospital de Dia: Conhecimento dos objectivos do Serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa a pessoas em DP e transplante renal, contacto com as tecnologias avançadas de DPAC [previsto para a semana de 7 a 20 de Novembro];
- Estudo de Caso: prática de cuidados a pessoa com DRC em DPA e/ ou Transplante Renal [previsto para a semana de 7 a 20 de Novembro].

Objectivo: Desenvolver Competências para o Cuidado a Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e ou Eventos Críticos

Competências:

- Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciarem processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística;
- Presta CEC a pessoas com DRC a vivenciar processos complexos resultantes de situações e/ou eventos críticos, face à necessidade em tempo útil e adequado, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infecção;
- Gere CEC, optimizando a resposta da equipa de enfermagem nas relações terapêuticas e a articulação com a equipa multiprofissional, para dar resposta ao DRC como pessoa em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos.

Actividades:

- Estudo de Caso: prática de cuidados a pessoa com DRC em TSR [previsto para a semana de 7 a 20 de Novembro];
- Contributo para a formação: com base no programa de formação e ou necessidades do Serviço, com apresentação de sessão sobre as novas *guidelines* de suporte avançado e desfibrilhação segura para enfermeiros [previsto para a semana de 14 a 27 de Novembro].


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

- Bi, S.-H., Cheng, L.-T., & Wang, T. (2008). A survey of chronic kidney disease in a large hospital in China. *Renal Failure*, 30(5), 541-545. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18569936&site=ehost-live>
- Breitsameter, G., Thomé, E. G. da R., & Silveira, D. (2008). Complicações que Levam o Doente Renal Crônico a um Serviço de Emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 543 - 550. Obtido de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7624/4679>
- Defloor, T., Hecke, A. V., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Elisabeth, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgium general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 6(56), 669–678. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04038.x
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar (Original 1997)*. Loures: Lusociência.
- Holcomb, S. (2005). Evaluating chronic kidney disease risk. *Nurse Practitioner*, 30(4), 12. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005083727&site=ehost-live>
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Eds.). (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: INE. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2
- Liu, C., Einstadter, D., & Cebul, R. (2010). Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16(6), 413-420. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010695344&site=ehost-live>
- Mahon, A., Jenkins, K., & Casal, M. C. (Eds.). (2007). *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3). Guia para a Prática Clínica*. Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org
- Plataforma de Gestão Integrada da Doença. (2011). Obtido Junho 16, 2011, de <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia*. (2003). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Serviços de Planeamento. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf>

- Rohun, K., Kuliś, M., Pawłowska, A., Kierzkowska, I., Kwella, N., Kwella, B., Iłowska-Bierawska, A., et al. (2011). Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(1-2), 23-28. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21346694&site=ehost-live>
- Valdez, A. M. (2008). Transitioning From Novice To Competent: What Can We Learn From The Literature About Graduate Nurses In The Emergency Setting? *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 435-440. doi:10.1016/j.jen.2007.07.008

APÊNDICE VII – Objectivos Para o Ensino Clínico 3

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva</p>
	<p>Objectivos do Ensino Clínico 3 Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]</p>

Lisboa, 3 de Janeiro de 2012

PREAMBULO

Este documento tem como fim apresentar os objectivos e actividades para a Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, no ensino clínico do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED].

O projecto de estágio desenvolve-se em torno dos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) no Serviço de Urgência (SU) ”.

Este objectivos e actividades serão discutidas com a Enfermeira Chefe Rosário Athayde, após validação da Docente Orientadora de projecto Prof. Maria Saraiva permitindo assim a avaliação do ensino clínico.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao longo do meu percurso de 17 anos de prestação de cuidados de Enfermagem no SU constatei, de forma empírica, não só a afluência de muitos utentes com DRC ao Serviço como a necessidade, por parte dos profissionais, de uma resposta adequada à especificidade desta população.

O projecto prende-se com a aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC em SU.

Na abordagem à pessoa no SU, e tendo como referência o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, proposto por Benner (2005), já não me apoio no princípio analítico *regra – indicação*, mas sim nos *casos pragmáticos - máximas*, isto é, na apreensão global do problema com imediata solução no acto apropriado, que define o estado de *perito*.

Os saberes que caracterizam a prestação de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e em especial na área de intervenção específica – Enfermagem Nefrológica, colocam-me no ponto de *iniciado*, ou de *iniciado avançado* (Benner, 2005, pp 45 –

46). Desta forma, terei de percorrer um caminho de aquisição de perícias que traduzirão competências na prática, respondendo ao que, do ponto de vista teórico, foi alcançado com a componente curricular já cumprida.

A DRC alcançou uma proporção epidémica, calculando-se que cerca de 10% da população mundial necessite de tratamento de substituição renal (*TSR*). A maioria destas pessoas perde a função renal de forma insidiosa e assintomática (Holcomb, 2005, p 18; Mahon, Jenkins, & Casal, 2007, p 35), facto que leva a que, muitas vezes, o diagnóstico da doença apenas surja na sequência de uma ida a um SU, após um qualquer evento crítico (Breitsameter, Thomé, & Silveira, 2008, p 544; Rohun et al., 2011, p 23).

Em 2005/2006 cerca de 1,55% da população portuguesa tinha diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica (*IRC*), nos seus vários estádios de evolução (Instituto Nacional de Estatística (*INE*) & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009, p 110).

À DRC está associada a um conjunto de complicações e comorbilidades que interagem entre si e se potenciam, aumentando o risco de evento crítico e a necessidade de recorrer ao SU: existem estudos que mostram que, entre os doentes com DRC que recorrem aos SU, o diagnóstico mais comum é de doença cardíaca descompensada (Breitsameter et al., 2008, p 546; Liu, Einstadter, & Cebul, 2010, p 415; Rohun et al., 2011, p 24).

Os SU constituem uma capacidade instalada para a detecção da DRC, e desta forma ajudar a responder às necessidades de cuidados da população e evitar as complicações (*Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia (RRHN)*, 2003, p 10).

É ainda verificado na literatura que existe necessidade ter em conta o perfil da possível DRC para as decisões terapêuticas, não fragmentando a assistência às pessoas que recorrem aos SU, centrada na situação de apresentação, e deste modo evitar complicações ou agravamento da função renal que podem já encontrar-se alteradas. Esta medida contribui para o não agravar os custos directos para a saúde das pessoas e os custos dos sistemas de prestação de cuidados (Bi, Cheng, & Wang, 2008, p 544; Breitsameter et al., 2008, p 549; Liu et al., 2010, p 413; Rohun et al., 2011, p 24).

Para fazer frente a estas questões, em Portugal, foi criada a Plataforma de Gestão Integrada da Doença (*PGID*) onde é possível fazer o registo de referenciação das pessoas com DRC, permitindo acesso a estes dados a partir de qualquer serviço, nomeadamente dos SU.

Um levantamento de dados realizado para este projecto, concluiu que, 24,23% dos doentes admitidos, durante um ano, nas Salas de Emergência (*SE*) do SU do CHLC, apresentavam referência clínica a IRC.

Ainda que a prática de enfermagem nos SU se revista de condições especiais, por se prestarem cuidados a pessoas que não têm diagnóstico formado nem plano terapêutico, contribuindo para “elevado stress, ritmo acelerado e o elemento da vida e morte no meio da urgência” (Valdez,

2008, p 435), a complexidade dos cuidados prestados em situações urgência e de emergência não difere de outras situações difíceis (Defloor et al., 2006, p 670; Hesbeen, 2000, p 37).

No entanto, Mahon e colegas (2007, p 17) vinculam, que a capacidade para reconhecer a DRC, identificar os diferentes estádios de classificação, a sua avaliação e tratamento é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

Por outro lado, a prática profissional e a literatura mostram-nos que a pessoa com DRC se vê a si mesmo como “*colaborador e nunca como cumpridor*” (Fernandes, 2008, p 17), aceitando ou não as decisões, exercendo assim o seu poder. Já os profissionais de saúde são tidos como “*convidados na vida dos doentes*”, sendo as regras dos clientes que devem ser respeitadas “*e não as dos profissionais*” (Fernandes, 2008, p 18).

OBJECTIVOS DO PROJECTO

A elaboração deste projecto e a realização do Estágio visa a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Nefrológica, dando resposta aos seguintes objectivos:

- 1) Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC;
- 2) Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal;
- 3) Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos;
- 4) Desenvolvimento de Proposta de Procedimento Sectorial – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência.

O planeamento do projecto de estágio será construído por partes distintas, cada uma delas com o fim de responder a objectivos e respectivos indicadores de avaliação, dentro do tema “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência*”.

Assim o primeiro estágio, Hospital [REDACTED] Serviço de Nefrologia, servirá para compreender a dinâmica de prestação de cuidados à pessoa com DRC em contexto hospitalar nas diversas vertentes de enfermagem nefrológica, que decorrerá entre 3 de Outubro e 4 de Novembro.

No segundo estágio, Hospital [REDACTED], será dado mais foco às questões relacionadas com os cuidados de enfermagem em TSR e desenvolvimento de competências de CEc a pessoas com DRC a vivenciarem processos de agudização ou eventos críticos, que decorrerá entre 7 de Novembro e 9 de Dezembro.

Por último, o estágio no SU do [REDACTED], tem como objectivo a integração dos conhecimentos culminando na execução da proposta de resolução do tema do projecto de estágio, que decorrerá entre 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2012.

PLANIFICAÇÃO

A planificação do Estágio no SU do [REDACTED] decorre dos objectivos do projecto e das entrevistas com a Enfermeira Chefe Rosário Athayde.

A Planificação será aprestada na tabela seguinte, onde se enuncia o objectivo e as competências decorrentes dos critérios e indicadores de avaliação, e se explicitam as actividades específicas direccionada para o campo de ensino clínico. É também feita uma previsão temporal para a execução de cada uma das actividades.

Objectivo: Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no SU.

Competências:

- Baseia a prática clínica para a prestação de CEC à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, em padrões de conhecimento sólidos válidos actuais e pertinentes, assumindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.
- Gere CEC para otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e delgados;
- Gere CEC, adequando os recursos às necessidades da pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, promovendo a qualidade dos cuidados.

Actividades:

- Elaboração um documento base de protocolo clínico - Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC na Sala de Emergência [previsto para a semana de 3 a 14 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico à Enfermeira Chefe [previsto para a semana de 15 a 20 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico aos Enfermeiros Chefes de Equipa e Enfermeiras de apoio à gestão do SU para validação no contexto da prática [previsto para a semana de 15 a 20 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico às Enfermeiras Chefes da Unidade [REDACTED] e Unidade [REDACTED], para validação externa [previsto para a semana de 15 a 28 de Janeiro];
- Apresentação do protocolo aos Enfermeiros do SU [previsto para a semana de 30 de Janeiro a 10 de Fevereiro];
- Envio para a direcção da área dos cuidados intensivos e urgência para promulgação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.


Bi, S.-H., Cheng, L.-T., & Wang, T. (2008). A survey of chronic kidney disease in a large hospital in China. *Renal Failure*, 30(5), 541-545. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18569936&site=ehost-live>

- Breitsameter, G., Thomé, E. G. da R., & Silveira, D. (2008). Complicações que Levam o Doente Renal Crônico a um Serviço de Emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(4), 543 - 550. Obtido de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7624/4679>
- Defloor, T., Hecke, A. V., Verhaeghe, S., Gobert, M., Darras, E., & Elisabeth, M. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgium general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 6(56), 669–678. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04038.x
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar (Original 1997)*. Loures: Lusociência.
- Holcomb, S. (2005). Evaluating chronic kidney disease risk. *Nurse Practitioner*, 30(4), 12. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005083727&site=ehost-live>
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Eds.). (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: INE. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2
- Liu, C., Einstadter, D., & Cebul, R. (2010). Care fragmentation and emergency department use among complex patients with diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16(6), 413-420. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010695344&site=ehost-live>
- Mahon, A., Jenkins, K., & Casal, M. C. (Eds.). (2007). *Doença Renal Crónica (Estádios 1-3). Guia para a Prática Clínica*. Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org
- Plataforma de Gestão Integrada da Doença. (2011). Obtido Junho 16, 2011, de <http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>
- Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia*. (2003). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Serviços de Planeamento. Obtido de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf>

Rohun, K., Kuliś, M., Pawłowska, A., Kierzkowska, I., Kwella, N., Kwella, B., Iłowska-Bierawska, A., et al. (2011). Identifying chronic kidney disease in an emergency department: a chance for an early diagnosis. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 121(1-2), 23-28. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21346694&site=ehost-live>

Valdez, A. M. (2008). Transitionig From Novice To Competent: What Can We Learn From The Literature About Graduate Nurses In The Emergency Setting? *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 435-440. doi:10.1016/j.jen.2007.07.008

**APÊNDICE VIII – Sinopse de Apresentação do Protocolo Clínico às
Enfermeiras Chefe das UCI**

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva</p>
	<p>Sinopse do Ensino Clínico 3 Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]</p>

Lisboa, 21 de Janeiro de 2012

PREAMBULO

Este documento tem como fim apresentar os objectivos e actividades para a Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Nefrologia, no ensino clínico do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED].

O projecto de estágio desenvolve-se em torno dos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica (DRC) no Serviço de Urgência (SU) ”.

OBJECTIVOS DO PROJECTO

A elaboração deste projecto e a realização do Estágio visa a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área Nefrológica, dando resposta aos seguintes objectivos:

- 1) Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem Complexos (CEc) à pessoa com DRC;
- 2) Adquirir Competência de Cuidados de Enfermagem em TSR e transplante renal;
- 3) Desenvolver Competências para o Cuidado à Pessoa com DRC em Situação de Agudizações e/ou Eventos Críticos;
- 4) Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC no Serviço de Urgência.

PLANIFICAÇÃO

A planificação do Estágio no SU do [REDACTED] decorre dos objectivos do projecto, visando a resposta ao 4º objectivo.

A Planificação será aprestada na tabela seguinte, onde se enuncia o objectivo e as competências decorrentes dos critérios e indicadores de avaliação, e se explicitam as actividades específicas direccionada para o campo de ensino clínico. É também feita uma previsão temporal para a execução de cada uma das actividades.

Objectivo: Desenvolvimento de Proposta de Protocolo Clínico – Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC na Sala de Emergência


Competências:

- Baseia a prática clínica para a prestação de CEC à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, em padrões de conhecimento sólidos válidos actuais e pertinentes, assumindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.
- Gere CEC para otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde à pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e delgados;
- Gere CEC, adequando os recursos às necessidades da pessoa com DRC em situação de vulnerabilidade perante processos complexos resultantes de situações de agudização e/ou eventos críticos, promovendo a qualidade dos cuidados.

Actividades:

- Elaboração um documento base de protocolo clínico - Cuidados de Enfermagem à Pessoa com DRC na Sala de Emergência [previsto para a semana de 3 a 14 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico à Enfermeira Chefe [previsto para a semana de 15 a 20 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico aos Enfermeiros Chefes de Equipa, Enfermeiras de apoio à gestão e Enfermeiros Especialistas em médico-cirúrgica do SU para validação no contexto da prática [previsto para a semana de 15 a 20 de Janeiro];
- Apresentação da proposta do protocolo clínico aos Enfermeiro Chefe da Unidade [REDACTED] e Unidade [REDACTED], para validação externa [previsto para a semana de 15 a 28 de Janeiro];
- Apresentação do protocolo aos Enfermeiros do SU [previsto para a semana de 30 de Janeiro a 10 de Fevereiro];
- Envio para a direcção da área dos cuidados intensivos e urgência para promulgação.

APÊNDICE XIX – Instrumento de Validação do Protocolo Clínico

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva</p>
	<p>Ensino Clínico 3 Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]</p>

Validação do Projecto de Protocolo Clínico “Cuidados de Enfermagem à Pessoa Com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência”

Este documento tem como objectivo a avaliação do projecto de protocolo clínico “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência”.

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a serem trabalhados no âmbito do projecto de protocolo clínico em apreço.

A validação será realizada através de uma *Escala de Likert* composta por quatro pontos:

1. Nada adequado
2. Pouco adequado
3. Adequado
4. Muito adequado

Para efectuar a sua validação responda a cada uma das questões, colocando uma cruz na quadrícula que considera que melhor traduz a sua opinião em relação a cada item apresentado.

Sobre o Procedimento

1. Como considera a fundamentação teórica do protocolo clínico?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

2. Como considera o rigor científico?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

3. Como considera a necessidade do protocolo clínico como garantia de qualidade dos cuidados de enfermagem?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

4. Como considera a necessidade do protocolo clínico para assegurar a segurança dos cuidados de enfermagem?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

5. Como considera a aplicabilidade do protocolo clínico?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

6. Como considera a clareza do texto?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

7. Como considera o documento de forma geral?

Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

Sugestões / Comentários

Muito Obrigado

**APÊNDICE X – Protocolo Clínico Cuidados de Enfermagem à Pessoa
com DRC no SU**

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

- Melhorar a prática dos cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica portadoras de Doença Renal Crónica (DRC).
- Identificar as principais alterações multiorgânicas em pessoas com DRC.
- Descrever os cuidados de enfermagem a pessoas com agravamento/agudização da função renal portadoras de DRC no Serviço de Urgência (SU).

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este protocolo clínico destina-se aos Enfermeiros que prestam cuidados no SU e direcciona-se para as pessoas com DRC em situação crítica ou, com agravamento/agudização dos parâmetros da função renal.

3. SIGLAS E ABREVIATURAS

CPK	Creatinina fosfoquinase
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DRC	Doença renal crónica
ECG	Eletrocardiograma
MCD	Meios Complementares de Diagnóstico
MDRD	Modification of Diet Renal Disease
LRA	Lesão Renal Aguda
RIFLE	Risk, Injury, Failure, Loss, End-stage kidney disease
SU	Serviço de Urgência
TAC	Tomografia computadorizada
TFG	Taxa de filtração glomerular
TSR	Tratamento de substituição renal

ELABORAÇÃO		
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Artur Marona Beja, Enfermeiro	
VERIFICAÇÃO		

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

4. DEFINIÇÕES

4.1. Doença Renal Crónica (DRC)

A DRC é definida com base nos seguintes critérios:

- Lesão presente por um período igual ou superior a 3 meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), manifestada por anormalidades patológicas ou marcadores de lesão renal incluindo alterações sanguíneas ou renais em valores séricos ou exames de imagens;
- TFG <60 ml/min/1,73 m² por um período ≥ 3 meses, com ou sem lesão renal.
(National Kidney Foundation & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002, p 44)

A TFG é estimada através da fórmula *Modification of Diet Renal Disease* (MDRD), que tem em conta o sexo, idade, creatinina sérica e a etnia da pessoa (National Kidney Foundation & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002, p 47 e 48).

Partindo destes critérios, e de acordo com os valores da TFG, é proposta uma estratificação para a DRC em cinco níveis ou estádios de evolução, tal como se apresenta na Tabela 1.

Tabela 1 - Estratificação da DRC Segundo Critério da Kidney Disease Outcomes Quality Initiative e Actualizada pela National Collaborating Centre for Chronic Conditions

Estádio	Descrição	TFG (<60 ml/min/1,73 m ²)	Proteinúria
1	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	≥90	Presente
2	Lesão renal com leve diminuição da TFG	[60-89]	Presente
3A	Lesão renal com moderada diminuição da TFG	[45-59]	Presente ou ausente
3B		[30-44]	
4	Lesão renal com severa diminuição da TFG	[15-29]	Presente ou ausente
5	Falência renal funcional ou doença renal terminal	<15	Presente ou ausente

(National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2008, p 5; National Kidney Foundation & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002, p 44)

4.1.1. Comorbilidades

Encontram-se descritas como principais comorbilidades da DRC: doença cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes, hemorragia gastrointestinal, hipertensão arterial, doenças pulmonares, doença neurológica, neoplasia da pele, doença mental, celulite infecciosa recorrente e gangrena (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study, 2011; Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2010).

4.1.2. Complicações

As principais complicações da DRC têm origem num conjunto de alterações clínicas e laboratoriais que se designam por **Síndrome Urémico**. Esta síndrome, que atinge o organismo na sua totalidade, resulta de elevados níveis tóxicos de metabolitos nitrogenados e outras toxinas no sangue.

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crônica	

Na Tabela 2 apresentam-se de modo resumido as complicações da DRC que se correlacionam com cada sistema orgânico.

Tabela 2 - Complicações da DRC por sistema orgânico

Sistema	Complicações
Urinário	Noctúria, poliúria, oligúria, edema, hipercaliemia, acidose metabólica, hiperfostatemia, hipermagnesemia.
Cardiovascular	Hipertensão arterial sistêmica, pericardite, insuficiência cardíaca congestiva.
Hematológico	Anemia, coagulopatia.
Gastrointestinal	Anorexia, náusea, vômitos, hemorragia digestiva.
Neurológico	Fadiga, insônia, neuropatia periférica.
Musculo - esquelético	Osteodistrofia renal, miopatia proximal.
Endócrino	Diminuição da tolerância à glicose, infertilidade, amenorreia, impotência, hiperuricemia, dislipidemia.

(Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011, p 52)

4.2. Lesão Renal Aguda

Foi promovido pela *Actue Dialysis Quality Initiative*, em 2002, um quadro de consenso com as características do sistema de níveis de severidade em conjunto com resultados esperados para definir o conceito de lesão renal aguda (LRA) (Kellum, Bellomo, & Ronco, 2008, p 183).

As características desse sistema são sumarizadas na sigla *RIFLE*, Tabela 3, que compõem o espectro de uma síndrome e envolve duas grandes áreas com um total de cinco entidades, a primeira área com três níveis de severidade *Risk* - Risco, *Injury* - Lesão, e *Failure* - Falência, a segunda área focada nos resultados com dois tipos, baseados no tempo de duração da lesão, *Loss* - Perda, quando se verifica uma perda completa da função renal inferior a quatro semanas, e finalmente *End-stage kidney disease* - Estadio terminal de doença renal (Kellum et al., 2008, p 184).

Os três níveis de severidade têm por base dois critérios principais: taxa de filtração glomerular, verificado pela concentração da creatinina sérica, e a diurese, através da monitorização do débito urinário.

Esta classificação encontra-se sistematizada na Tabela 3.

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

Tabela 3 - Classificação de Lesão Renal Aguda - RIFLE

Classificação de Lesão Renal Aguda (LRA) - RIFLE			
		Critério de Taxa de Filtração Glomerular (TFG)	Critério de débito urinário (DU)
<i>Risk</i>	Risco de disfunção renal	Aumento da creatinina sérica x 1,5 ou decréscimo do TFG > 25%	DU < 0,5 ml/kg/h x 6h
<i>Injury</i>	Lesão renal	Aumento da creatinina sérica x 2 ou decréscimo do TFG > 50%	DU < 0,5 ml/kg/h x 12h
<i>Failure</i>	Falência da função renal	Aumento da creatinina sérica x 3 ou decréscimo do TFG 75% ou creatinina sérica ≥ 4 mg/dl	DU < 0,3 ml/kg/h x 24h ou anúria x 12h oligúria
<i>Loss</i>	Perda da função renal	LRA persistente = perda completa da função renal > 4 semanas	
<i>End-stage kidney disease (ESKD)</i>	Doença renal de estágio terminal	Doença renal de estágio final/terminal (> 3 meses)	

(Kellum et al., 2008)

4.3. Meios complementares de diagnóstico (MCD)

Os MCD recomendados para a DRC ou da LRA são os seguintes:

- Urina tipo II, com teste de gravidez em mulheres de idade fértil:
 - É o MCD mais importante para a detecção de lesão renal aguda ou DRC agudizada;
 - A cor da urina acastanhada ou avermelhada sugere nefrite glomerular ou presença de mioglobina ou hemoglobina;
 - A presença de glóbulos vermelhos na urina pode ser indicador de doença glomerular;
 - Cristais de ácido úrico podem encontrar-se presentes em situação de lesão renal aguda ou DRC agudizada;
 - Cristais de oxalatos podem encontrar-se presentes em situação de lesão renal aguda ou DRC agudizada.
- Bioquímica sérica: em especial o doseamento de níveis de potássio, ureia, creatinina, fósforo e magnésio;
- Hemograma;
- Creatinina fosfoquinase (CPK);
- Provas de função hepática;
- Gasometria arterial;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Rx tórax;
- Ecografia renal e ou abdominal;
- Tomografia computadorizada (TAC), sem contraste, abdominal, pélvica e renal;
- Urografia retrógrada excretora;

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

- *Doppler* renal, para detectar o fluxo sanguíneo renal;
- Artériografia renal
 - Pode não ser efectuada por elevado risco de futura lesão renal;
 - Angiografia aortorenal pode ajudar no diagnóstico da doença vascular renal.

5. DESCRIÇÃO

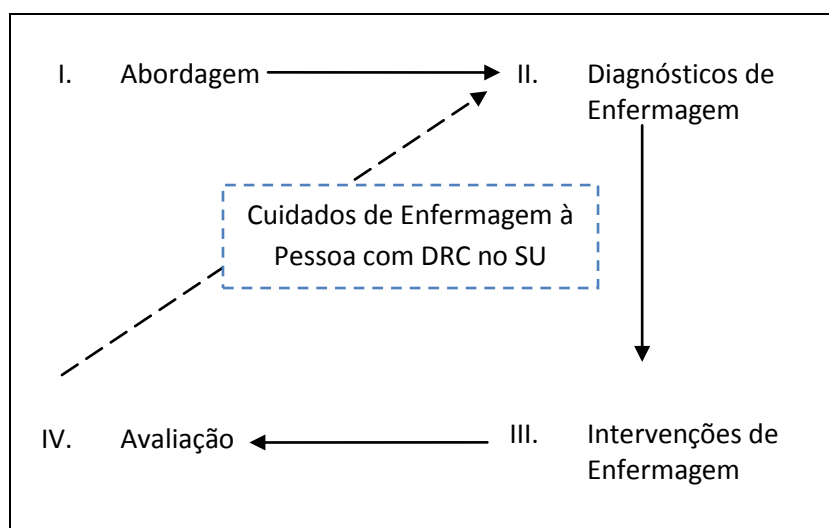
Os cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2003) no SU são apresentados através dos objectivos a alcançar e da sistematização em fluxograma dos passos necessários para os atingir, segundo o expectável pelo quadro de competências proposto pelo European Dialysis and Transplant Association/European Renal Care Association (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004) para os cuidados à pessoa com DRC.

Para cada ponto do fluxograma é apresentado o descritivo e os resultados esperados, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão β2 (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

5.1. Objectivos

- Manter a pressão arterial com valor alvo 130 mmHg tensão sistólica, 80 mmHg tensão diastólica e pressão arterial média ≥ 60 mmHg.
 - Prevenir complicações cardíacas, com foco na monitorização rigorosa do débito urinário e balanço hídrico, de modo a estimar os ganho e perdas de peso.
 - Detectar a diminuição dos níveis de hemoglobina, por anemia e coagulopatia, com foco nos sinais e sintomas de anemia e ou hemorragia.
 - Adequar o aporte nutricional, com foco na dieta renal, hipoproteica e hipossalina.
 - Preservar do património venoso e acessos vasculares.
- (Allsopp, 2011; Broschius & Castagnola, 2006; Levin et al., 2008)

5.2. Fluxograma



	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

5.3. Descritivo

I. Abordagem

1. Colheita de dados
 - a) História da doença actual, com foco:
 - i. Perdas de volume recentes: vômitos, diarreia, polirúria, hemorragias, tonturas e utilização de diuréticos;
 - ii. Ganhos de volume recentes: diminuição acentuada da diurese, aumento de peso, edemas, dispneia ou sensação de falta de ar, dispneia a pequenos esforços, ortopneia, dispneia paroxística nocturna;
 - iii. Alteração do padrão urinário com urgência urinária ou disúria, hematúria e dor no flanco;
 - iv. Aumento recente da intolerância ao esforço;
 - v. Alteração do estado de consciência;
 - vi. Febre.
 - b) Antecedentes:
 - i. Existência de patologia associada;
 - ii. História específica para as causas subjacentes;
 - iii. Utilização recente de contraste em exames complementares de diagnóstico;
 - iv. Transfusões sanguíneas recentes;
 - v. Medicação;
 - vi. Alergias
 - vii. Consumo de aditivos: álcool, tabaco e/ou estupefaciente.
2. Exame objectivo
 - a) Observação
 - i. Estado geral:
 - Estado de consciência, nível de interacção e/ou confusão;
 - Parâmetros vitais: taquicardia, hipertensão arterial, hipotensão ou hipotensão ortostática;
 - Dor ou desconforto significativo.
 - ii. Inspeção
 - Distensão da veia jugular e/ou edemas orbitários;
 - Ascite;
 - Presença de fistula artério-venosa, prótese ou cateter de diálise;
 - Alteração do ritmo cardíaco e/ou do traçado cardíaco quando monitorizado.
 - iii. Auscultação
 - Roncos e ferveores pulmonares;
 - Abafamento dos sons cardíacos.

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

- iv. Palpação e percussão
 - Humidade das mucosas;
 - Distensão abdominal, globo vesical e dor lombar com *sinal de Murphy* positivo.

- b) Meios complementares de diagnóstico: proceder e colaborar nas colheitas e/ou preparar para efectuar exames prescritos.

II. Diagnósticos de Enfermagem

1. Respiração: Ineficaz.
2. Trocas gasosas: Deficiência.
3. Perfusão dos Tecidos: Ineficaz.
4. Retenção de Líquidos: Aumentado.
5. Eliminação Vesical: Comprometido.
6. Ansiedade/Medo: Demonstrado.
7. Dor: Demonstrado.
8. Conhecimento sobre o processo de doença: Comprometido.

III. Intervenções de Enfermagem

1. Manter Função: (A) Via aérea, (B) Respiração, (C) Circulação.
2. Dar oxigénio, conforme prescrição:
 - a) Dispositivo de alta concentração, até se encontrar recomendado.
3. Inserir cateter venoso periférico para administração de cristalóides e/ou medicação segundo prescrição:
 - a) Monitorização de fluidos administrados endovenosos, para prevenir sobrecarga hídrica, através da utilização de bomba infusora ou de controlador de fluxo;
 - b) Utilização de critérios de preservação de património venoso na punção de veias periféricas.
4. Executar/ Assistir:
 - a) Monitorizar o traçado cardíaco e oximetria de pulso;
 - b) Inserir dreno vesical;
 - c) Assistir na inserção de cateter de hemodinâmica se necessário;
 - d) Assistir na inserção de cateter de diálise;
 - e) Preparar para diálise ou cirurgia.
5. Administrar/Gerir terapêutica conforme prescrição:
 - a) Anti-hipertensivos;
 - b) Vasopressores;
 - c) Inotrópicos;
 - d) Aglutinadores de potássio:
 - Medida temporária com duração de 4 a 6 horas;
 - Gluconato de cálcio intravenoso, para protecção cardíaca e neuromuscular, insulina e glicose hipertónica e bicarbonato de sódio em situações de níveis séricos de potássio > 6,5 mEq/L ou ECG com alterações atribuíveis a hipercalemia.
 - e) Diuréticos;
 - f) Nitratos;

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

- g) Bloqueadores de canais de cálcio;
- h) Analgésicos não opiáceos;
- i) Opiáceos.
- 6. Gerir conhecimentos sobre o processo patológico.
 - a) Ensinar sobre processo patológico;
 - b) Ensinar/Gerir regime medicamentoso e nutricional.
- 7. Gerir medo/ansiedade.

IV. Avaliação e monitorização contínua

- 1. Estado de consciência.
- 2. Estado hemodinâmico.
- 3. Padrão respiratório, ventilação e oximetria periférica.
- 4. Frequência e traçado cardíaco.
- 5. Débito urinário e balanço hídrico.
- 6. Dor.
- 7. Medo/Ansiedade.

Adaptado de Hoyt & Seffridge-Thomas (2007).

6. REFERÊNCIAS

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. CIPE/ICNP* (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Kellum, J. A., Bellomo, R., & Ronco, C. (2008). Definition and Classification of Acute Kidney Injury. *Nephron Clinical Practice*, 109(4), c182-c187. doi:Article

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (NCCCC). (2008). *Chronic Kidney Disease. National clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care*. London (UK): Royal College of Physicians. Obtido de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12069/42116/42116.pdf>

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Autor. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2003, Outubro). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Autor.

Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2010). Gabinete de Registo. Relatórios Anuais - 2009. Obtido de http://www.spnephro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2009/default.asp

	Protocolo Clínico SERVIÇO DE URGÊNCIA	PRT
	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica	

Thomas, N., Küntzle, W., & McCann, M. (Eds.). (2004). *The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing* (2nd ed.). Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

- Referências Bibliográficas Complementares:

Allsopp, K. (2011). Caring For Patients With Kidney Failure. *Emergency Nurse*, 18(10), 12-16. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59311229&site=ehost-live>

Broscious, S. K., & Castagnola, J. (2006). Acute Manifestations and Role of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 26(4), 17-28. doi:Article


Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. (2011). *Annual Report 2010*. Obtido de <http://www.dopps.org/annualreport/index.htm>

Hoyt, K. S., & Seffridge-Thomas, J. (Eds.). (2007). *Emergency Nursing Core Curriculum* (6th ed.). Missouri, United States of America: Saunders Elsevier.

Levin, A., Hemmelgarn, B., Culleton, B., Tobe, S., McFarlane, P., Ruzicka, M., Burns, K., et al. (2008). Guidelines for the management of chronic kidney disease. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1154-1162. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010108528&site=ehost-live>

Marchão, C., Cachado, A. de S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência Renal Crónica Terminal - Manifesta Clínicas e Opções Terapêuticas. *Manual de Hemodiálise Para Enfermeiros* (pp 49 -78). Lisboa: Fresenius Medical Care.

APÊNDICE XI – Caracterização do EC1

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia XXXXXXXXXX</p>

3 Outubro 2011

Apresentação

Gabinete da Enfermeira Chefe¹ Eugénia Santos

Além de mim, estavam presentes as estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem Área Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica, Enf.ª Manuela André e Enf.ª Ana Martins, que também estão a realizar Ensino Clínico.

- A Enf.ª Chefe apresentou a estrutura física do Serviço de Nefrologia² e deu uma visão geral do tipo de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar. Com esta apresentação foi feita uma visita ao espaço físico do Serviço.
- Os estudantes apresentaram um resumo dos projectos individuais de estágio e os objectivos para o ensino clínico no Serviço. Com esta informação a Enf.ª Chefe atribui a cada estudante, um orientador de ensino clínico.
- Foi designada para orientar o meu ensino clínico a Enf.ª Paula Luz.
- Após esta reunião formal o tempo foi utilizado para estudo dos planos estratégicos dos Serviços de Enfermagem para o Hospital, do plano e metas do Serviço, assim como de outros documentos associados a estes.
- No plano e metas do serviço está incluído o plano de formação com os objectivos para este ano que ainda não foram atingidos. Com as colegas estudantes discutimos as possibilidades que este plano poderia oferecer e quais dos temas poderíamos integrar, caso a Enf.ª Chefe concordasse.

Descrição do Serviço

Neste ponto será feito uma descrição sumariada do Serviço com os pontos metas e objectivos, estrutura física, dotação de pessoal de Enfermagem e Assistentes Opcionais (AO).

Esta descrição terá por base o documento *“Plano de Acção para 2011. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem”* (Santos, 2011), da autoria da Enf.ª Chefe.

¹ Designarei por *Enf.ª Chefe*

² Designarei apenas por *Serviço*

Missão

No documento encontra-se definida a área de intervenção dos enfermeiros do Serviço, assim como o alvo dos cuidados,

*“A equipa de enfermagem do Serviço de Nefrologia, constitui-se como um grupo profissional que presta cuidados de enfermagem especializados a doentes com doença renal em fase aguda ou crónica agudizada, em regime ambulatorio e ou internamento.
” (Santos, 2011, p 4).*

Este Serviço serve a população dos Centros de Saúde [REDACTED], ao que se somam todas as freguesias do Centro Hospitalar [REDACTED] e as do Concelho de [REDACTED].

A consulta externa do Serviço de Nefrologia é referência a nível nacional.

Áreas de Actividade

As áreas de intervenção e actividade do Serviço de Nefrologia encontram-se divididas em seis grandes domínios.

Internamento de Nefrologia:	Enfermaria de Nefrologia com 24 camas 11 de ♀ e 11 de ♂, para: <ul style="list-style-type: none">• DRC agudizada;• Indução de HD em pessoas com DRC;• Internamentos do programa de HD por sépsis, infecção dos acessos, endocardite, hemorragias agudas, AVC, neoplasias e infecções múltiplas. 2 camas de recobro para pessoas que efectuem biopsias renais ou colocação de cateter.
Urgências de Nefrologia:	<ul style="list-style-type: none">• Desobstrução e colocação de cateter de HD;• Transfusões de sangue;• Técnicas de diálise de urgência.
Bloco de Pequena Cirurgia:	Onde são efectuadas biopsias renais e colocação de cateteres de HD e DP. Funciona 24h por dia.
Sala de HD:	1 sala, com 8 camas, para agudos 2 salas, com 3 camas cada, para crónicos com situação de infecção. Funciona das 8 às 23:30.
Área de ambulatório:	<ul style="list-style-type: none">• Consulta de nefrologia;• Consulta de transplante renal;• DP;• Hospital de Dia de Nefrologia;• Consulta de DRC avançada, criada em Março de 2011.
Formação.	<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a formação continua dos cuidados de enfermagem a prestar aos utentes do Serviço;• Promover a qualificação e competência dos profissionais de enfermagem e AO.

Fonte: *Plano de Acção para 2011. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem* (Santos, 2011)

Estrutura Física

O resumo da estrutura física será apresentado pelas áreas de actividade e intervenção do Serviço.

Internamento de Nefrologia:	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria de Nefrologia com 24 camas divididas por 3 quartos de ♀, 3 quartos de ♂ e um quarto misto para o recobro; • 5 quartos com WC e um WC comum com possibilidade de banho assistido; • Sala de Trabalho de enfermagem; • Sala de reuniões; • Copa e refeitório.
Bloco de Pequena Cirurgia	
Sala de HD:	<ul style="list-style-type: none"> • 3 salas com 14 camas; • Vestiário para doentes externos; • Sala de tratamento de água; • Sala de material; • Arquivo de registos; • Depósito de água.
Áreas comuns:	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões; • Gabinete da Enfermeira Chefe; • Gabinete do Director de Serviço; • Secretariado; • Sala de espera; • Quarto para o médico residente.

Dotação de pessoal de Enfermagem

A dotação do Serviço é de 29 enfermeiros e a Enf.^a Chefe.

Destes 14 são enfermeiros graduados e 11 a contrato individual de trabalho, somados a 4 enfermeiros graduados da equipa de ambulatório e DP.

O Serviço é ainda dotado de 15 AO.

Os enfermeiros do Serviço, além de assegurarem todas as áreas de actividade realizam e dão apoio às técnicas de diálise nas unidades de cuidados intensivos.

Para fazer face à necessidade de cuidados de enfermagem, o cálculo de dotação de pessoal foi efectuado pela Enf.^a Chefe a partir dos dados de actividade assistencial de 2010, apresentando um deficit de 1312 horas de cuidados no ambulatório e de 11951 horas no internamento e HD, o que implicaria um acréscimo de 7 enfermeiros a tempo completo prolongado.

Estes dados são confirmados pelo Sistema de Classificação de Doentes (ACSS, 2011), baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, em que a percentagem de utilização de pessoal de enfermagem no Serviço no ano de 2010 foi de 185,3%, originando uma variação negativa de 9,46 enfermeiros (Santos, 2011, p 10).

Análise de SWOT

O *Plano de Acção para 2011. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem* (Santos, 2011), apresenta uma análise pelo método de SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats³ (Chapman, 2005), que contém elementos de gestão relevantes para a caracterização do Serviço. Por este facto apresento a tabela contida no documento na íntegra da autoria da Enf.^a Chefe Eugénia Santos.

³ Tradução livre: Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades

	Positivo	Negativo
Factores Internos	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> • Documento único, elaborado pela Enf.^a Chefe, permitindo uma consulta simples; • Resume a capacidade instalada do ponto de vista da prestação de cuidados de enfermagem; • Apresenta as principais forças e fraquezas do serviço no que se refere aos cuidados de enfermagem; • Equipa de enfermagem bastante qualificada; • Contém um plano de formação em serviço que tem sido cumprido, mas ainda com objectivos para o terceiro trimestre em execução. 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de adequar os objectivos e conhecimentos individuais ao plano de formação já existente; • Elevado número de profissionais envolvidos, enfermeiros e médicos e assistentes operacionais; • Eventual resistência por parte do grupo à integração de novos elementos.
	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Integrar um plano já do domínio dos Enfermeiros do Serviço; • Promover a seguranças e a qualidade dos cuidados de saúde, integrando uma das formações em serviço. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de resistência por parte dos Enf. do Serviço à integração de alunos da especialidade na formação; • Possibilidade de resistência a um novo tipo de intervenção proposto.

Em: *Plano de Acção para 2011. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem* (Santos, 2011)


Referências

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2011). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, SCD/E. Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Cirurgia/Medicina (3ª Ed). ACSS Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização.

Chapman, A. (Ed.). (2005). SWOT Analysis Template. Business Balls. Obtido de http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf

Santos, E. (2011). Plano de Acção para 2011. Serviço de Nefrologia, Sector de Enfermagem.

**APÊNDICE XII – Descrição da Organização da Equipe de
Enfermagem para a Prestação de Cuidados no
EC1**

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia XXXXXXXXXX</p>

5 Outubro 2011

Turno da manhã (8:00h – 16:00h)

Internamento

Resumo das intervenções e cuidados de Enfermagem

Neste resumo apresentarei um roteiro das actividades dos enfermeiros e assistentes operacionais (AO) durante o turno da manhã, que tem por finalidade a prestação de cuidados às pessoas internadas no Serviço.

A importância de fazer este resumo prende-se com o facto de eu não prestar cuidados em serviços de internamento, não tendo conhecimento de como é que se elabora o plano de trabalho neste contexto, nomeadamente, no que respeita à hierarquização das necessidades destas pessoas em concreto com a sua vida que coexiste como uma doença crónica.

Por último, a própria linguagem dos cuidados é um pouco diferente daquela com que habitualmente trabalho, sendo que os registos e o plano de cuidados têm por base a linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), registado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (ACSS, 2010) e ainda é efectuado a Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) (ACSS, 2011), tornando-se fonte de dificuldade pelo facto de não dominar nem a linguagem nem os sistemas de registo.

No SCD/E cada actividade de enfermagem é analisada na sua globalidade, independentemente de ser prestada só por enfermeiros ou em colaboração com AO. Deste modo, com as actividades de enfermagem bem definidas, é possível a planificação das necessidades de cuidados diárias e a adequação de recursos de enfermagem e de AO.

Estes motivos colocam-me no ponto de iniciado, ou de iniciado avançado (Benner, 2005, pp 45 – 46), que constituem a primeira fase de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Passagem de turno

- Feita a passagem de turno na sala comum, com todos os enfermeiros do turno da noite e os da manhã que estão previamente escalados no internamento, inclui a participação da Enf.ª Chefe, por ser dia feriado, não se verifica.
- Os enfermeiros escalados na sala de hemodiálise, não têm passagem de turno da manhã devido a inexistência de turno da noite.
- O Enfermeiro-Chefe-de-Equipa faz a alocação dos Enfermeiros aos doentes internados, informação que é inserida no SAPE.

- O turno da noite é assegurado por dois enfermeiros e o da manhã, no internamento, por três. O Enfermeiro-Chefe-de-Equipa reforça a equipa da sala de HD, prestando cuidados ou no internamento ou nesta sala.
- Na passagem de turno são apresentadas as notas de evolução e discutidos cuidados para cada uma das pessoas internadas.
- No que se refere às pessoas entradas durante o turno ou em turnos anteriores, que não são do conhecimento do enfermeiro responsável pelo doente, é apresentada toda a história e as necessidades de cuidados previsíveis para essa pessoa.

Planificação dos cuidados de enfermagem

A planificação dos cuidados de enfermagem assenta no número de horas de cuidados necessários a cada uma das pessoas internadas.

O número de horas de cuidados são calculados com base:

Áreas de cuidados	Campo em que se exerce determinada intervenção de Enfermagem, ie, acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem com finalidade de produzir um resultado.
Níveis de dependência	“Variantes” da realização das intervenções de acordo com a complexidade e ou intensidade dos cuidados necessários ao indivíduo.
Procedimento	Descrição sequencial das intervenções a realizar pelo enfermeiro, para cada nível de dependência, susceptíveis de serem medidas, e de acordo com o padrão de qualidade definido.
Cuidado directo	Procedimento que pode ser identificado como sendo destinado a um determinado indivíduo, ex: preparar, administrar e registar medicação.
Cuidado indirecto	Procedimento que não pode ser identificado como sendo destinado a um determinado indivíduo, embora concorra para a sua assistência global, ex: reuniões de passagem de turno, manutenção do carro de emergência, arrumação da sala de trabalho.
Família	Indivíduos ligados por laços de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (CIPE 1.0)

Fonte: SCD/E (ACSS, 2011, p 5)

- O método de trabalho é o método individual.
- O internamento fica dividido em três sectores, no turno da manhã, e dois no turno da tarde e noite.
- A alocação de enfermeiros às pessoas internadas depende do número de horas de cuidados necessários para cada uma delas e tem por base o SCD/E, sendo este número de horas de cuidados pelos enfermeiros escalados.
- Cada enfermeiro verifica o plano de cuidados, que está inserido no SAPE, e o plano terapêutico para o dia.

Prestação de cuidados

- Cada enfermeiro faz o levantamento das necessidades de cuidados de higiene e conforto das pessoas que lhe estão atribuídas. Estas necessidades constam do plano de cuidados e foram relatadas na passagem de turno.
- As necessidades determinam a prestação parcial ou total de cuidados no leito, ou a delegação e supervisão, em pessoas que se encontrem autónomas.
- Estas actividades são efectuadas em conjunto com os AO.

Terapêutica

- O sistema de terapêutica é a uni-dose, que chega da farmácia no início do turno tarde, altura em que a medicação é verificada e preparada. Caso existam faltas é contactada a farmácia para que os medicamentos estejam disponíveis no momento da administração.
- Cada enfermeiro administra a terapêutica ao grupo de pessoas que tem a seu cargo, com respectiva vigilância e registo no sistema informático.

Registo das intervenções de enfermagem e actualização do plano de cuidados

- O registo das intervenções de enfermagem e a actualização do plano de cuidados é feito no SAPE.
- É também feita a classificação dos cuidados de enfermagem, que deve encontra-se em conformidade com os registos do plano de cuidados.
- Este registo diário permite o cálculo de hora de cuidados para a prestação no dia seguinte.

Presença da Família / Pessoa Significativa

- A presença da família / pessoa significativa¹ acontece por volta da hora do almoço e prolonga-se durante a tarde.

Análise das intervenções e cuidados de Enfermagem

Esta análise tem como fim levantar os contributos para o ensino clínico, assim como as principais dificuldades, oportunidades e ameaças.

Será feita pelo método de SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats² (Chapman, 2005).

¹ Designarei apenas por *família*

² Tradução livre: Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades

	Positivo	Negativo
Factores Internos	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> • Organização por enfermeiro responsável dos cuidados, permitindo uma visão completa da pessoa; • Número de pessoas internadas, mesmo com graus de dependência diferentes adequado ao número de enfermeiros; • Conhecimento de todas as pessoas internada através da passagem de turno, permitindo um apoio em pessoas mais dependentes ou com necessidade de cuidados mais diferenciados; • Equipa de enfermagem fixa e bastante qualificada. 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de resistência á entrada de um elemento sem o grau de competência do grupo; • Desconhecimento do sistema informático; • Dificuldade em utilização da linguagem CIPE®; • Pouca experiencia na prestação de cuidados a pessoas com DRC em regime de internamento.
	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados a pessoas com DRC em situação de internamento; • Desenvolvimento de competências na utilização da linguagem CIPE®; • Melhor integração da equipa prestadora de cuidados. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em compreender o sistema informático de registo e a sua utilização do ponto de vista de plano de cuidados e de classificação dos cuidados; • Possibilidade de resistência por parte do grupo á integração de um novo elemento.

Referencias

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2010). Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE). Autor. Obtido de <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>


Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2011). Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, SCD/E. Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Cirurgia/Medicina (3ª Ed). ACSS Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Chapman, A. (Ed.). (2005). SWOT Analysis Template. Business Balls. Obtido de http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. CIPE/ICNP (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

APÊNDICE XIII – Estudo de Caso “Pessoa Com DR Ct Recente”

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia XXXXXXXXXX</p>

11 Outubro 2011

Turno da manhã (8:00h – 16:00h)

Este foi o dia e o turno em que iniciei a colheita de dados com vista ao estudo de caso.

Estudo de Caso

Preambulo

Este estudo de caso tem como fim a partir de uma história de vida, com a sua componente clínica, de uma pessoa com doença renal crónica (DRC) integrar os conhecimentos teóricos sobre enfermagem nefrológica demonstrando o desenvolvimento de competências clínicas a decorrer no ensino clínico da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Será utilizado a metodologia do *estudo de caso* de forma a integração de fontes múltiplas de conhecimentos, partindo de um contexto real, isolando variáveis que se pertencem estudar (Carmo & Ferreira, 2008, pp 234–235).

Esta metodologia permite integrar a prática baseada na evidência na tomada da decisão clínica, no sentido em que os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de intervenções para o desenvolvimento de perícias (Craig & Smyth, 2004, p 10).

Como referencial teórico de enfermagem utilizarei as autoras Benner & Wrubel (1989).

Os registos e o plano de cuidados na Instituição têm por base a linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003) e encontram-se no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP, 2010).

A pessoa, sujeito deste estudo, foi admitida no Serviço de Nefrologia a 4 de Outubro, dia de começo do ensino clínico, que para a senhora e para mim foi um início de contacto com uma nova realidade.

A escolha deriva de poder acompanhar um processo desde do início, porque a Sr.ª JFB foi atribuída a mim e à Enf.ª Paula Luz para a prestação de cuidados no dia 5 de Outubro.

Foi solicitada autorização à Enf.ª Chefe Eugénia Santos a utilização dos registos de enfermagem e clínicos para a elaboração deste trabalho.

Foi ainda solicitado consentimento à Sr.ª JFB para a observação e colheita de informação com fim a este documento.

Discrição da Pessoa e Situação

JFB, género feminino, 74 anos, casada.

- Tem 2 filhos e dois netos;
- Vive na periferia de Lisboa com o marido;
- Tem origem no baixo Alentejo, começou a trabalhar aos 7 anos no campo, não tendo frequentado a escola e não sabe ler nem escrever.

A Sr.ª JFB demonstra, desde o primeiro dia de internamento, um elevado grau de solicitação face a todos os profissionais do Serviço, gerando por vezes alguma tensão no relacionamento.

Ainda que a Sr.ª JFB se encontre debilitada, é independente no auto cuidado, deambulando pelo Serviço mesmo vindo ao exterior em passeio.

Quando a família está presente, fica no leito conversando com a família e com as restantes pessoas que se encontram no quarto, assumindo a posição de *doente*. Apresentando sempre queixas de mal-estar de náuseas e vertigens e solicitando medicação para as dores ou para a ansiedade, mesmo que esta tenha sido distribuída uma hora antes.

A compreensão da relação da Sr.ª JFB com a família é uma das pedras fundamentais na compreensão dos mecanismos de fazer frente à situação em se encontra.

Exame Objectivo

À entrada

- Consciente e orientada na pessoa;
- Elevado nível de ansiedade;
- Independente nas actividades de vida diária;
- Temperatura 35,6º C, tensão arterial 128/67 mmHg, frequência cardíaca 78 bpm, eupneica, sem dor referenciada.
- Anorexia
- Náusea constante, sem vómitos.

É referenciada a urgência do hospitalar pelo médico de família por lesão renal aguda e ou DRC agudizada, no dia 30 de Setembro de 2011, e solicitada a observação de nefrologia.

Antecedentes

- Dislipidémia, patologia osteoarticular e síndrome depressivo;
- Fez estudo de medula óssea em Novembro de 2010, com fenótipo dos linfócitos B sem anomalia plasmócitos patológicos, com CD5G positivos, em contexto de estudo de achados laboratoriais;
- Ecografia renal de Março de 2011, “rins de dimensões normais (d^{to} 10,4/E^{sq} 10 cm) com redução da espessura e aumento da ecogenicidade da cortical e algum grau de diferenciação parênquimo-sinusal, aspectos com relação com nefropatia médica.”

Medicação em Ambulatório

- Citalopram¹ 20mg;
- Lorazepam² 2,5 mg;
- Trimetazidina³ 40mg;

¹ Fonte: INFARMED (2011)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40564&tipo_doc=fi

² Fonte: INFARMED (2011)

http://www.infarmed.pt/prontuario/mostra.php?origem=ono&flag_palavra_exacta=1&id=202&palavra=Lorazepam&flag=1

- Visacor⁴ 20mg;
- Beta-histina⁵ 16mg.

Análises de Entrada

- Hgb 7,3 mg dl⁻¹; Leucócitos 7200 (neutrófilos 63/ linfócitos 29); Plaquetas 176; APTT 29,5;
- INR 0,9; PCR 0,9;
- Glicose 87 mg dl⁻¹; Ureia 121; Creatinina 7,6; Na⁺ 148; Cl⁻ 112;
- Urina ph 7; densidade 1010; proteinúria 400; glicose 300; Eritrócitos +1.

Referenciada para Nefrologia por lesão renal aguda (LRA) / DRC agudizada

- Proteinúria marcada;
- Função renal normal (Pcr 1 mg/dl) com agravamento progressivo (Pcr 1>1,9>2,6 mg/dl);
- Síndrome nefrótico (proteinúria + de 5g em 24^h, dislipidemia, albumina 1,9 g/dl, albumina basal 4 g/dl)

Intervenções Terapêuticas

Internada a 30 de Setembro num Serviço de medicina por não existir vaga no Serviço de Nefrologia.

Admitida no Serviço de Nefrologia a 4 de Outubro.

- Colocou acesso vascular, cateter de diálise na veia jugular direita tonelizado a 3 de Outubro;
- Induziu diálise dia 3 de Outubro;
- Fez biopsia renal dia 11 de Outubro;
- Substitui cateter de diálise a 14 de Outubro, por baixo débito do anterior.

Plano de Cuidados de Enfermagem

Neste ponto será apresentada uma súmula do plano de cuidados efectuados e registados de dia 1 de Outubro, ainda no serviço de medicina, até ao dia 15 de Outubro.

Diagnósticos de Enfermagem

Os Diagnósticos de Enfermagem, com os **Eixos Foco** e **Eixo Juízo**, serão apresentados os que foram levantados quer pelos colegas do Serviço de Medicina, quer a actualizações no Serviço de Nefrologia consequência de novos focos e juízos levantados em função do perfil do Serviço (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

³ Fonte: INFARMED (2011)

<http://www.infarmed.pt/prontuario/navegavalores.php?id=426&edcipt=1&flag=1>

⁴ Fonte: INFARMED (2010)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35099&tipo_doc=fi

⁵ Fonte: INFARMED (2004)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38108&tipo_doc=fi

Eixo Foco	Eixo Juízo	Início / Fim
Auto cuidado: Higiene	Dependência no auto cuidado: grau reduzido	2011.10.01
Auto cuidado: Vestuário	Dependência no auto cuidado: grau reduzido:	2011.10.01
Auto cuidado: Comer	Dependência no auto cuidado: grau reduzido	2011.10.01
Auto cuidado: Beber	Dependência no auto cuidado: grau reduzido	2011.10.01
Auto cuidado: Uso do sanitário	Dependência no auto cuidado: grau reduzido	2011.10.01
	Dependência no auto cuidado: grau reduzido	2011.10.12
Autocontrole: Ansiedade	Autocontrole: ansiedade ineficaz	2011.10.01
Infecção	Risco de infecção por cateter de HD	2011.10.03
Posicionar-se	Dependência no posicionar-se: grau reduzido	2011.10.11/12
Deambular	Dependência no deambular: grau reduzido	2011.10.11/12

Intervenções de Enfermagem

As intervenções de enfermagem, com o **Eixos Ação** e pelo menos um termo **Alvo**, serão apresentados de forma listada, sendo que foram verificados em cada um dos turnos com as respectivas observações necessárias à sua caracterização, observações essa que não constaram desta relação (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

Serão ainda apresentadas em lista à parte as intervenções levantadas em consequência do procedimento da biopsia renal de dia 11 de Outubro.

Intervenção de Enfermagem	Data de início
Vigiar a respiração	2011.10.04
Vigiar a dor	2011.10.04
Vigiar a refeição	2011.10.04
Incentivar a pessoa a alimentar-se	2011.10.04
Vigiar a eliminação urinária	2011.10.04
Vigiar o autocontrole: ansiedade	2011.10.04
Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário	2011.10.04
Incentivar o auto cuidado: beber	2011.10.04
Supervisionar deambulação	2011.10.04
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso	2011.10.04
Vigiar eliminação intestinal	2011.10.04
Monitorizar a SatO ₂	2011.10.04
Monitorizar frequência cardíaca	2011.10.04
Monitorizar frequência respiratória	2011.10.04
Monitorizar tensão arterial	2011.10.04
Monitorizar temperatura corporal	2011.10.04
Executar tratamento ao local de inserção de cateter de HD	2011.10.05

Dia 11 de Outubro é realizada a biopsia renal, às 12:00^h, sendo levantados dois novos diagnósticos de enfermagem e seis novas intervenções, que foram cessadas 24^h depois, que acrescem às da tabela anterior.

Estas intervenções foram cessadas após autorização médica para o levante, como consta das *Notas Gerais* de dia 12 de Outubro às 10^h da manhã.

<i>Eixo Foco</i>	<i>Eixo Juízo</i>	<i>Início / Fim</i>
Hemorragia	Algum risco de hemorragia por biópsia renal	2011.10.11/12
Ferida cirúrgica	Ferida cirúrgica presente	2011.10.11/12

<i>Intervenção de Enfermagem</i>	<i>Data de início/fim</i>
Ensinar à pessoa sobre o exame a realizar	2011.10.11/12
Ensinar sobre procedimentos	2011.10.11/12
Validar conhecimentos	2011.10.11/12
Supervisionar posicionamento	2011.10.11/12
Vigiar penso da ferida cirúrgica	2011.10.11/12
Vigiar sinais de hemorragia	2011.10.11/12

Nas Notas Gerias constam, ainda que as sessões de HD do dia 6, 8, e 10 decorreram durante 4^h, sem intercorrências com perda efetiva de 1000cc, 500cc, 1500cc respectivamente.

No dia 11 por cateter não apresentar débito fez sessão de HD em ramos invertidos, durante 4^h com perda nulas.

Família

Um das coisas que verifiquei durante todo este ensino clínico, é que existe uma grande relação com as famílias das pessoas internadas, não apenas porque muitas pessoas tem internamentos frequentes, mas também porque estes são prolongados.

Os Enfermeiros utilizam verdadeiramente as informações colhidas à família para elaborarem o plano de cuidados.

Essas informações são passadas na reuniões de passagem de turno e discutindo a melhor forma de fazer frente a um problema de cuidado, ainda que depois não se traduzam em registos de enfermagem.

O mesmo se passa em relação com a Sr.ª JBF, ainda que seja o primeiro internamento no Serviço de Nefrologia, a família foi fonte de grande informação para toda a equipa no sentido de adequar os cuidados à situação da pessoa, tendo em conta a própria personalidade da Senhora e o modo como a família é solicitada por ela.

Apesar da importância dada pelos enfermeiros à relação com a família, os diagnósticos e intervenções de enfermagem não são traduzidos em registos.

Medicação

Alprazolam 0,25mg Oral; Lorazepam 2,5 mg Oral; Paracetamol 1g EV, passa a Oral dia 11 de Outubro; Metoclopramida 10mg EV; Enoxiparina sódica 40mg SC; Esomeprazol 40mg EV passa a Oral a dia 11 de Outubro.

Nutrição

Reparei que durante a refeição ficava praticamente tudo no prato.

Perguntei se existia justificação para não comer. Inicialmente disse-me que estava nauseada e que se comesse vomitava.

Já calculando que a questão de dieta renal fosse o verdadeiro problema, visto que o pequeno-almoço e a água não provocavam náuseas, foi perguntando quem é que cozinhava lá em casa, disse-me que era ela, para ela e para o marido.

Perguntei-lhe se o marido comia do mesmo que ela, como comia, perguntei-lhe como é que ele se tinha adaptado à comida sem sal, logo me disse que tinha que por sempre um pouco de sal na

comida pois ficava sem graça nenhuma, mesmo com HTA a dieta habitual da Senhora continha sempre uma quantidade de sal.

Utilizando o meu gosto pela cozinha fomos discutindo modo de fazer alguns pratos tradicionais alentejanos, região de onde é originária, e deste modo averiguando a verdadeira dieta praticada por esta família.

Na tentativa de resolução deste problema, e discutindo com a Enf.^a Paula Luz, disse-me que muitos das pessoas internadas não gostam da comida do Hospital, que nessas situações um aconselhamento da Dietista à família permitia que a dieta fosse feita em casa com as regras, neste caso, da dieta renal.

Compreendi também de início que a pressão que a Sr.^a JBF colocava na família ao assumir o papel de *estar doente* (Benner & Wrubel, 1989) poderia ser uma ferramenta para introduzir a dieta renal no dia-a-dia da Senhora, pelo menos durante o internamento.

Durante uma visita ao sugerir-se que a filha pudesse trazer o almoço ou a jantar a ideia foi muito bem aceite por ambas, porque a Senhora ficava a ser o centro efectivo das preocupações da família.

Por outro lado dissemos que isso só seria possível após informação da Dietista sobre o tipo de alimentos e o modo de serem confeccionados.

Este aconselhamento é sempre efectuado pela dietista do Serviço, quando uma pessoa induz HD. Por norma a dietista está presente durante a hora de almoço, verificando as dietas que são servidas e iniciando os ensinamentos às pessoas e famílias.

Os enfermeiros do Serviço fazem muitas vezes a ponte entre as pessoas internadas e a dietista para ajustes nas dietas ou quando detectam o cuidador mais influente.

Apesar de desagradar a Sr.^a JBF a comida sem sal, o facto de ter a família mobilizada para ela ajudou a aceitar a introdução da nova dieta, assim como da família de se tornar presente ao demonstrar a preocupação de preparar a refeição.

Síndrome Nefrótica

A revisão da síndrome nefrótica vai ser apresentada com base em Sommers, Johnson, & Berry (2007) e LaRusso (2011).

A síndrome nefrótica é uma entidade clínica caracterizada por uma proteinúria (> 3,5 g/dl) severa e uma hiperalbuminúria (30 g/l), apresentando na maioria das situações edemas generalizados e mesmo anasarca, devido a patologia da membrana basal glomerular.

As principais complicações prendem-se com alterações da coagulação, levando a processos trombóticos e oclusão vascular renal. Outras complicações incluem artériosclerose, lesão renal aguda, desnutrição e baixa renitência às infecções Causas

As causas podem ser sistémicas secundárias a processos de doença como neoplasias em especial mieloma múltiplo, imunodeficiência adquirida ou lúpus eritematoso, a processos de lesão por fármacos, diabetes mellitus, amiloidose, picada ou mordeduras com infecções e ainda a questões genéticas transmitidas por genes recessivos na lesão mínima glomerular.

As causas também podem ser derivadas de doença glomerular como por exemplo glomerulonefrites focais ou esclerose glomerular.

As causas quando não estão incluídas nestes dois grupos são consideradas ideopáticas.

A história clínica é feita a partir da presença de uma das causas.

Adinamia, letargia, sintomas gastrointestinais como náusea, anorexia e diarreia.

Edemas periorbitários matutinos, edemas dos membros inferiores e abdómen ao fim do dia.

Meios Complementares de Diagnóstico:

- TAC
- RNM
- Ecografia
- Em muitos casos existe a necessidade de realizar uma biopsia renal para determinar a causa da síndrome nefrótica.

As recomendações para o tratamento sintomático passam por:

- Ajuste da dieta para repor proteínas perdidas na urina;
- Utilização de inibidores no sentido de diminuir as perdas de proteínas;
- Reduzir a ingesta de sal e administração de diuréticos;
- Alteração do estilo de vida, exercício, dieta e medicação que visem a diminuição do colesterol e controlo da pressão arterial.

O tratamento depende da causa da síndrome nefrótica, sendo tratamento médico conservador baseado em imunossupressores e corticosteróides.

Em caso de falência renal existe a necessidade de diálise ou transplante renal.

Biopsia Renal

A revisão sobre biopsia renal será efectuada com base Hernández (2009) e Sharma e colegas (2010).

A biopsia renal é uma técnica invasiva com algum grau de risco, ainda que na maioria dos casos sem complicações associadas. Este facto leva a indicações e critérios que devem ser observados para efectuar uma biopsia renal.

- Esgotar todos os procedimentos não invasivos para o diagnóstico de doença renal cujo os sinais e sintomas sejam compatíveis com doença parenquimatosa;
- Considera se a informação fornecida pela biopsia vai produzir uma certeza diagnóstica;
- Assegurar que se pode fazer o estudo histológico, por patologista, com microscópio óptico, imunofluorescência e electrónico;
- Prever se este diagnóstico influenciará no tratamento e prognóstico.

Deste modo a biopsia renal servirá para chegar a um diagnóstico de certeza, orientar o tratamento e obter informação sobre o grau de actividade e de cronicidade da doença (Jennette & Falk, 2004, cit in Hernández, 2009)

As indicações mais frequentes são a síndrome nefrótica, alterações importantes das análises da função urinária e a insuficiência renal aguda de origem incerta.

Tem como contradições a considerar as alterações da coagulação, a presença de rins pequenos com anomalias anatómicas, infecções urinárias e HTA descontrolada.

Nas pessoas que apresentem maiores factores de risco, com por exemplo: IRA, antecedentes de HTA, córtex renal fino e idade avançada, está indicada a profilaxia com desmopressina⁶.

É recomendada com técnica a punção percutânea, utilizando *pistolas automáticas*, sob controlo ecográfico em tempo real.

A complicação mais frequente é a hemorragia, ainda que tenha boa resposta ao tratamento conservador.

Realização da Biopsia Renal

A Sr.ª JFB fez biopsia renal dia 11 de Outubro, no Bloco de Pequena Cirurgia (BPC) do Serviço, a que assistiu após consentimento da Sr.ª JFB.

⁶ Fonte: INFARMED (2007)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2362&tipo_doc=fi

O Enf. Mendes, perito em cuidados de enfermagem a pessoas com DRC, nessa semana esteve colocado no BPC, o que constitui-o uma mais-valia para o meu ensino clínico pelos diversos momentos de aprendizagem proporcionados ao longo da semana de 10 a 17 de Outubro.

O procedimento da biopsia renal é efectuado com as regras de assepsia de qualquer intervenção invasiva, em ambiente protegido e sob anestesia local.

O material para a biopsia renal vem em kit completo que inclui campos operatórios, manga esterilizada para a sonda do ecografo, pistola automática com agulha.

O material biopsado é observado macroscopicamente, no sentido de verificar se contém parenquima renal, e colocado em meio de conservação. Posteriormente é rotulado e entregue no laboratório de patologia clínica anexo ao Serviço.

Este procedimento obriga a pessoa a ficar na marquesa operatória em decúbito ventral, sem contacto visual com os médicos que o efectuam.

Cuidados de Enfermagem

No dia anterior o Enf. Mendes, explicou o procedimento à Sr. JFB. Esta explicação incluiu a explicação do procedimento em si mas o pré-procedimento e os cuidados a ter após o mesmo.

No dia da biopsia o Enf. Mendes foi ao quarto da Sr.^a JFB e recapitulou todo o procedimento e cuidados para depois do mesmo, em especial reforço a necessidade de se manter deitada em decúbito dorsal, não fazer esforços e alertar para a sinais e sintomas como dor abdominal e sensação de sangramento no local de punção.

Em seguida acompanhou a senhora ao BPC e apresentou o espaço e o equipamento.

Deitou-se a senhora, monitorizou-se e verificou-se o funcionamento do acesso periférico.

Formam necessárias três punções para que se conseguisse colher parenquima renal, o que demorou o processo, mas este decorreu sem complicações.

A posição e a demora do procedimento levaram a grande incómodo, com dores cervicais da Sr. JFB.

Após a biopsia, a Sr. JFB regressou ao quarto na sua cama, em decúbito dorsal, que manteve durante 24 hora, conforme protocolo do Serviço, e forma levantados os diagnósticos e intervenções de enfermagem acima descritos.

O Enf. Mendes efectuou o registo em impresso próprio do BPC, entregou o material biopsado no laboratório e fez a *passagem* à colega que ficou responsável.

Acesso Venoso para HD

Revisão sobre acessos venosos para HD será efectuada com base em Dinwiddie & Bhola (2010), Allon & Work (2010) e Vachharajani (2011).

A necessidade de um acesso vascular para efectuar HD pode ser temporário, durar horas em situações de IRA com necessidade de técnicas dialíticas até alguns meses em situações de DRC com necessidade de HD até a construção e ou maturação de fistula arteriovenosa (FAV) ou prótese arteriovenosa, ou permanente nas situações DRC, estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44) em programa de HD.

As FAV é considerado o acesso vascular permanente ideal para HD, por apresentar taxas de permeabilidade em média de 5 anos e baixas taxas de complicações.

A utilização de cateter venoso para HD pode ser de curto ou longo prazo, dependendo da situação e da pessoa, mas é considerado sempre um acesso temporário, por apresentarem taxas de sobrevida de utilização de 60% em 6 meses e 40% ao fim de um ano.

A principal complicação da utilização de cateter venoso para HD é a infecção e padrões de inflamação, podendo ainda existir mal funcionamento de origem mecânica e estenose venosa central.

Os cateteres de longa duração utilizados são cateteres de duplo lúmen, tunelizados com cuff, inseridos preferencialmente na via jugular interna direita em alternativa as vias femorais ou a veia jugular interna esquerda.

Existe recomendação para a não utilização da veia subclavia por maior incidência de complicações na técnica de colocação, tais com pneumotorax, hemotorax, perfuração da artéria subclavia e lesão do plexo braqueal, uma alta incidência, cerca de 40%, de estenose venosa central.

Encontram-se descritas como principais complicações do cateterismo venoso central

Complicações imediatas:	Punção arterial Pneumotorax Hemotorax Arritmias Embolia gasosa Perfuração das veias ou das câmaras cardíacas Tamponamento péricárdico
Complicações tardias:	Trombose Infecção Estenose vascular Fístula arteriovenosa
Lesões nas estruturas adjacentes:	Plexo braqueal Traquéia Nervo laríngeo recorrente

Fonte: Allon & Work (2010, p 89)

A necessidade de vigilância prende-se com o reconhecimento precoce das complicações com vista à prevenção da perda do acesso vascular e ou falência do local de acesso, fluxo inapropriado para HD e situações de sépsis com elevadas taxas de mortalidade e morbilidade.

Cuidados de Enfermagem

A Sr. JBF colocou cateter tonelizado de diálise na veia jugular direita a 3 de Outubro, tendo induzido HD nesse mesmo dia. Por débito insuficiente verificado a 13, a sessão foi efectuada em ramos invertidos, sendo o cateter foi substituído a 14 de Outubro.

A substituição do cateter foi feita no BPC no qual colaborei, sob supervisão do Enf. Mendes.

No dia 11 tinha assistido a uma colocação de um cateter a um pessoa em programa de HD há mais de 20 anos e que tinha tido uma ruptura da FAV no dia anterior.

A técnica cirúrgica base de colocação de cateter central, *técnica de seldinger*, assim como as intervenções de enfermagem interdependentes são-me familiares, a tonelização tinha assistido no dia anterior tendo ficado com uma ideia muito clara do procedimento.

A situação era de substituição do cateter, conhecendo já a Sr.^a JBF o procedimento, e como já havia alguns dias que a Sr. JBF me estava atribuída e à Enf.^a Paula Luz, a relação de terapêutica já estava iniciada facto que contribui para informação sobre a intervenção foi mais fácil de transmitir.

Um outro ponto que facilitou a criação de uma relação de confiança, foi o facto de durante os dias anteriores, após os cuidados de higiene que efectuava no WC por duas vezes foi necessário

substituir o penso do cateter por este se encontra molhado. Permitindo deste modo que a Sr. JBF verificasse que eu era hábil no manejo do cateter e na execução dos cuidados necessários.

A Sr. JBF fez um resumo do procedimento de colocação do cateter, que estava bastante presente, e eu fiz algumas chegadas e esclarecimentos pontuais.

A grande questão e o grande medo era a dor quer da anestesia quer da posição em que tinha que se manter para o procedimento, no fundo o factor que a colocava no ponto de vulnerabilidade, e onde apenas poderíamos ajudar, eu e o Enf. Mendes, com o facto de ela saber que estávamos presentes (Benner, 2005, p 74).

Sessão de Hemodiálise

A sala de HD está equipada com monitores *Sistema Terapêutico 5008*⁷, com os quais durante a semana de 1 a 4 de Novembro lidei.

Este foi sem dúvida o ponto onde senti mais dificuldades, o facto de nunca ter lidado com um monitor de HD e o facto de saber que a pessoa com DRct em HD é *perito*, criou-me algum nível de ansiedade.

A Sr^a. JMB durante as sessões de HD não apresentava intercorrências.

O facto de ter prestado cuidados durante todo o tempo do ensino clínico à Sr^a. JBF, com um estabelecimento de uma relação de confiança permitiu-me efectuar os cuidados de enfermagem durante a sessão de HD do dia 4 de Novembro.

Nesse dia já tinha alguma destreza em montar e desmontar as linhas nos monitores, já reconhecia os principais alarmes e já tinha *ligado*, e desligado algumas pessoas com cateter de HD.

Não puncionei nem retirei agulhas das FAV por opção e por não ser esse a finalidade deste ensino clínico, ainda que tenha efectuado cuidados a pessoas em HD com FAV nomeadamente o acompanhamento durante a sessão e a realização de hemostase no final da sessão.

Notas Finais

Todo este estudo de caso permitiu-me reflectir nas minhas vivências cruzadas com o referencial teórico de enfermagem e os cuidados a pessoas com DRct nos seus múltiplos aspectos e dimensões.

Foi de facto um acompanhar de uma pessoa, a Sr^a. JBF, que como eu estávamos num ponto de iniciados e que ao longo destas semanas tive a sorte de *ter sido aceite como convidado na sua vida* (Fernandes, 2008) e deste modo desenvolver competências na prestação de cuidados a pessoas com DRct.

Referências

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2010). Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE). Autor. Obtido de <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>

Allon, M., & Work, J. (2010). Acesso Vascular para Hemodiálise. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 83-99). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.


Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

⁷ Fonte: NefroCare (2011)

http://locations.nephrocare.com/internet/fmc/NephroCMS.nsf/sp/products_5008.htm

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem* (2nd ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2. CIPE/ICNP* (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros (Original 2002)*. Loures: Lusociência.
- Dinwiddie, L. C., & Bhola, C. (2010). Hemodialysis Catheter Care: Current Recommendations for Nursing Practice In North America. *Nephrology Nursing Journal*, 37(5), 507-521. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=54095572&site=ehost-live>
- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Hernández, F. R. (2009). Biopsia Renal. *NefroPlus*, 2(1), 1-8. Obtido de <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P3-E38/P3-E38-S1598-A10138.pdf>
- LaRusso, L. (2011). Nephrotic Syndrome. EBSCO Publishing. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2009544065&site=nrc-live>
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org
- Sharma, K. V., Venkatesan, A. M., Swerdlow, D., DaSilva, D., Beck, A., Jain, N., & Wood, B. J. (2010). Image-Guided Adrenal and Renal Biopsy. *Tech Vasc Interv Radiol*, 13(2), 100-109. doi:10.1053/j.tvir.2010.02.005.
- Sommers, M., Johnson, S., & Berry, T. (2007). Nephrotic Syndrome. *Diseases & Disorders: A Nursing Therapeutics Manual*, 3rd ed. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2009587251&site=nrc-live>
- Vachharajani, T. J. (2011). Atlas of Dialysis Vascular Access. Wake Forest University. Obtido de <http://www.fistulafirst.org/atlas/index.html>

APÊNDICE XIV – Estudo de Caso “Pessoa Com DRC Desprogramada de TSR”

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia XXXXXXXXXX</p>

14 Outubro 2011

Turno da manhã (8:00h – 16:00h)

Internamento

Evento Crítico

Apresentarei a reflexão deste evento crítico segundo a metodologia de análise do ciclo de Gibbs, onde estão incluídos os pontos (1) Descrição, (2) Sentimentos, (3) Avaliação, (4) Análise, (5) Conclusão e (6) Planear acção.

Como referencial teórico de enfermagem utilizarei as autoras Benner & Wrubel (1989).

O plano de cuidados e os registos de enfermagem serão apresentados em linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), traduzindo o registado no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (ACSS, 2010), pelos enfermeiros dos Serviços de Medicina e Nefrologia.

No que se refere aos cuidados de fim de vida em situação de DRC e interacção dos enfermeiros com a pessoa e família, a revisão foi efectuada com base no artigo de Ho, Barbero, Hidalgo, & Camps (2010).

Descrição do evento

Pessoa

Sr.ª MHN, género feminino, 78 anos.

Viúva, com uma filha, genro e dois netos.

Família com dificuldade em deslocar-se regularmente ao Hospital, por questões de trabalho a filha e genro, e os netos por questões emocionais de não conseguirem lidar com a situação da avó.

A Sr.ª MHN e filha professam a religião de adventistas do sétimo dia.

Vivem em Salvaterra de Magos.

Dependente nas actividades de vida, vivendo em lar em Salvaterra de Magos, por anterior AVC com hemiparésia espástica esquerda.

Portadora de DRC, estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44) em programa de HD desde há cinco anos, num centro de HD de Vila Franca de Xira. Faz HD por cateter de longa duração na veia jugular direita.

Como antecedentes é portadora de fibrilhação auricular crónica e mastectomia direita, por situação neoplásica.

Situação

- 20 de Setembro

Dá entrada no serviço de urgência (SU), transferida do Hospital [REDACTED] para o Hospital de [REDACTED], por ser da área de residência, e posteriormente para o Hospital [REDACTED] por ser a referência de Nefrologia do centro de diálise onde a Sr.ª MHN fazia HD, por depressão do estado de consciência e dificuldade respiratória.

À entrada: apresentava-se estuporosa, afásica, não cumpre ordens, sem resposta ao reflexo de ameaça, desvio conjugado do olhar para a direita, hipotonia generalizada e força muscular grau zero à esquerda.

É internada no Serviço de Medicina com o diagnóstico de AVC isquémico com transformação hemorrágica, da artéria cerebral média e a artéria comunicante posterior direita.

- 21 de Setembro

Vem ao Serviço de Nefrologia fazer sessão de HD com perda de 500cc, apresentando-se muito prostrada com pausas respiratórias.

Mantém sessões de HD a 23 e 26 de Setembro com perdas de 1000 cc. E na sessão de 26 o cateter apresentava baixo débito, tendo feito HD em ramos invertidos.

- 27 de Setembro

Faz novo TAC que demonstra agravamento da situação isquémica cerebral, compatível com a clínica que a Sr.ª MHN apresentava, ainda que melhorada das infecções nosocomiais com a terapêutica instituída.

- 29 de Setembro

É feita reunião com os médicos do Serviço de Medicina, de Nefrologia e a família para discutir a continuação das sessões de HD.

A família deixa ao critério clínico da equipa médica a decisão.

No sentido de assegurar o mínimo de desconforto à senhora, tendo em conta o estado neurológico e as poucas perspectivas de melhoras e face à extensão da lesão cerebral isquémica a equipa médica decide desprogramar a HD e iniciar cuidados paliativos.

Após esta decisão a Sr.ª MHN é transferida para o Serviço de Nefrologia e acompanhada pela Unidade de Cuidados Paliativos, que faz prescrição terapêutica com soro e analgesia, com morfina, por via subcutânea (Smith & Caple, 2011).

A família além dos cuidados da equipa do Serviço foi apoiada pela Enf.ª Catarina Santos, enfermeira com bastante experiência de cuidados paliativos, que não só dava apoio à família da Sr.ª MHN como à equipa de enfermagem com pouca experiência em situações desta natureza.

- 14 de Outubro

Foi visitada pela família, com acompanhamento da Enf.ª Catarina, ficando combinado a deslocação de um para o dia seguinte de um sacerdote adventista do sétimo dia, que a família já tinha contactado.

A Sr.ª MHN parecia tranquila e sem dor ou sofrimento.

Faleceu a 15 de Outubro.

Cuidados de Enfermagem

Os Diagnósticos de Enfermagem, efectuados pelos fenómenos de enfermagem serão apresentados com base nos eixos *Foco da Prática de Enfermagem* e *Eixo do Juízo ou Eixo da Probabilidade*, e são elaborados segundo o perfil de CIPE® do Serviço (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

O plano de cuidados é o resultado da transferência de cuidados do Serviço de Medicina para o Serviço de Nefrologia e compreende o período de 29 de Setembro a 14 de Outubro.

<i>Eixo Foco da Prática de Enfermagem</i>	<i>Eixo Juízo ou Eixo da Probabilidade</i>
Infecção	Risco de infecção por presença de cateter venoso de HD. Risco de infecção por cateter SC (3 out)
Úlcera de pressão	Risco de úlcera de pressão
Queda	Risco de queda
Auto cuidado: Higiene	Dependência no auto cuidado em grau muito elevado.
Auto cuidado: Comer	Dependência do auto cuidado: comer em grau muito elevado Dependência do auto cuidado: comer em grau reduzido, deita zero (7 out)
Auto cuidado: Beber	Dependência do auto cuidado: beber em grau muito elevado Dependência do auto cuidado: beber em grau reduzido, deita zero (7 out)
Auto cuidado: Uso do Sanitário	Dependência no auto cuidado: uso do sanitário em grau elevado
Auto cuidado: Vestuário	Dependência no auto cuidado: vestuário em grau elevado
Posicionar-se	Dependência no posicionar-se em grau elevado
Metabolismo energético	Metabolismo energético alterado
Consciência	Consciência alterado
Afasia	Afasia presente
Limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas ineficaz

Para todos estes diagnósticos de enfermagem foram estabelecidas intervenções de enfermagem. Nos diagnósticos auto cuidado comer e beber a prescrição médica passou a ser de dieta zero, mantendo-se a hidratação e medicação por via subcutânea. Esta indicação terapêutica obriga a intervenções de enfermagem que foram supervisionadas e acompanhadas pela colega da Unidade de Cuidados Paliativos.

A Enf.^a Catarina mantinha o contacto diário com o Serviço, verificando por exemplo o sistema de hipo-dermoclise (Smith & Caple, 2011) e o nível de conforto / dor aparente da Sr. MHN.

Sentimentos

A questão de a partir da decisão de desprogramar a diálise, em que os benefícios do programa de diálise em relação aos efeitos da mesma é ponderado (Pendse, Singh, & Zawada, 2010, p 15; Vilaplana, 2008, p 83), de as pessoas com DRct que estão noutros serviços serem transferidas para o Serviço de Nefrologia é ponto de alguma tensão para os enfermeiros do Serviço.

Apesar de não ser a primeira vez que lidam com a situação, esta provoca-lhes um certo desconforto e reflexões diversas, que passam por comentários como “*se não podemos fazer nada porque é que as pessoas vêm para este serviço em vez de ficarem nos serviços de medicina*”, ou atitudes de compreensão com a ressalva “*estamos pouco habituados a lidar com*

esta situações, apesar do apoio dos colegas da Unidade dos Cuidados Continuados, este não é o nosso domínio”, e ainda “desprogramam pessoas como esta senhora, e muito bem, mas outros há encarniço das terapêuticas e induzem diálise onde se vê que já não há nada a fazer”, que estão em linha Ho e colegas (2010).

Todos estes comentários, e a própria prestação de cuidados foram para mim um ponto importante de aprendizagem, pois além de prestar cuidados directos à Sr.ª MHN e família, serviu para discussão com a Enf.ª Paula Luz, com a Enf.ª Chefe Eugénia Santos, com os colegas e com a Enf.ª Catarina Santos, a quem muito agradeço, sobre a questão da continuidade de cuidados para conforto da pessoa e família, assim como de todas as questões éticas a elas associadas.

Avaliação

O motivo de a pessoa vir para o Serviço de Nefrologia prende-se com o facto de a responsabilidade da desprogramação de HD, não implicar medidas de conforto em caso de edema agudo do pulmão, por exemplo, em que seja necessário efectuar hemofiltração com o fim de retirar líquido (Canaud & Krieter, 2010, p 245; Wong, López, & Narbona, 2008, pp 94–95), e a equipa mais apta para efectuar este tipo de diagnóstico e intervenção é a equipa de nefrologia.

Este motivo é do domínio ético, e parece-me ser a questão que está pouco trabalhada na equipa, em especial na equipa de enfermagem que terão de prestar os cuidados à pessoa e à família.

O sentimento geral das pessoas que prestam cuidados no Serviço é a não existência de regras para situações deste género. Por outro lado há também um sentimento de dualidade de critérios em relação a induzir e desprogramar diálise.

Existe ainda uma questão pouco esclarecida que provoca desconforto, é o facto de a desprogramação de diálise não ser acompanhada de uma decisão de não reanimar explícita.

Análise

A inutilidade de uma atitude terapêutica ou o não encarniçamento terapêutico são decisões da dimensão ética como base no valor fundamental da dignidade da vida humana inscrito no Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa (2005), na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, Artigo 1º (Resolução nº1/2001, de 3 Janeiro) e ainda no Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 78º, n.º1 (Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro).

Neste sentido, compete à equipa de saúde deliberar, de acordo com a análise dos princípios éticos e respeitando os seus códigos deontológicos, qual o caminho a seguir. Deve-se sempre ouvir o parecer da família, e especialmente neste caso, uma vez que a família tinha uma boa estrutura e relação familiar, devendo este parecer servir de ponderação à equipa de saúde, mas não limita a sua tomada de decisão.

A opção á desprogramação de HD foi os cuidados paliativos, área em que os enfermeiros do Serviço têm pouca experiência, traduzindo-se em algumas dúvidas no que se refere a questões como alimentar ou não alimentar, hidratar ou não hidratar, e gestão da dor e da analgesia com morfina (Ho et al., 2010).

A Enf.ª Catarina, como consultora perita, vinha ao Serviço para esclarecer dúvidas, efectuar procedimentos tais como os cuidados relacionados com a hipo-dermoclise (Smith & Caple, 2011) que constituíam dificuldade na avaliação e execução.

Por outro lado ao estar presente nas visitas da família encorajava a mesma a *estar* com a Sr.ª MHN, fazendo notar o ar sereno da senhora e a importância que isso tem para fazer frente ao

sofrimento, tornando mais compreensível uma situação de grande angústia em que todos encontravam (Benner & Wrubel, 1989, p 13).

Conclusão

Perante uma decisão do domínio ético, que implica grandes tensões no dia-a-dia, existe a necessidade de essa decisão encontrar-se bem estruturada e consequente com outras situações do Serviço.

Sendo sempre uma decisão médica, e neste caso com a inclusão da família, os enfermeiros, no caso a Enfermeira Chefe, não estava presente a quando da deliberação.

Esta situação pode conduzir a algum desconforto no sentido em que os profissionais que vão manter os cuidados de vida não participam na reunião de avaliação e de deliberação.

Planear a Acção

Todo este evento, assim como reflexão que dele fiz, permitiu-me o contacto com uma realidade completamente diferente do meu contexto.

Este evento além de remeter para uma reflexão ética, contribuiu para o desenvolvimento de competências no cuidar a pessoas em situação de desprogramação de diálise como uma realidade da enfermagem em contexto nefrológico.

Referências

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (Ed.). (2010). Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE). Autor. Obtido de <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.

Canaud, B., & Krieter, D. (2010). Hemodiafiltrção e Hemofiltração. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 245-254). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. CIPE/ICNP (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Constituição da República Portuguesa. (2005). VII Revisão Constitucional. Assembleia da Republica. Obtido de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

Ho, T. M., Barbero, E., Hidalgo, C., & Camps, C. (2010). Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. *Journal Of Renal Care*, 36(1), 2-8. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20214702>

Lei n.º 111/2009. (de 16 de Setembro). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica* (Vol. 1ª série - N.º 180, pp 6528 - 6550). Obtido de <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Pendse, S., Singh, A., & Zawada, E. (2010). Início da Diálise. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 13-19). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.


Resolução nº1/2001. (de 3 Janeiro). *Convenção para a protecção dos Direitos dos Homens e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Bio- Medicina*. Obtido de <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

Smith, N., & Caple, C. (2011, Novembro 4). Administration of Medication: Subcutaneous Infusion. Cinahl Information Systems. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=5000008660&site=nrc-live>

Vilaplana, J. M. G. (2008). Manejo Conservador. *Enfermedade Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Prática Clínica* (pp 73-89). Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

Wong, T. M. H., López, C. H., & Narbona, E. B. (2008). Hemodiálisis. *Enfermedade Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Prática Clínica* (pp 91-121). Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

APÊNDICE XV – Observação da Unidade de Cirurgia do Ambulatório

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia [REDACTED]</p>

28 Outubro 2011

Turno da manhã (8:00h – 16:00h)

Unidade de Cirurgia do Ambulatório

Este relato visa focar a construção de fístulas artériovenosas (FAV) efectuadas na Unidade de Cirurgia do Ambulatório (UCA) do Hospital [REDACTED], com o objectivo de conhecer as etapas do procedimento e os cuidados de enfermagem associados.

Revisão sobre FAV foi efectuada com base em Dinwiddie & Bhola (2010), Allon & Work (2010), Wong, López, & Narbona (2008) e Vachharajani (2011).

O pedido de observação da construção de FAV na UCA foi feito através da Enf.ª Chefe Eugénia Santos à Enf.ª Chefe Nilsa, da UCA.

Os colegas do Serviço de Nefrologia durante o período de integração fazem uma passagem pela UCA com o objectivo de conhecerem o procedimento da construção de FAV e deste modo poderem desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com DRC estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44).

Na UCA além de construção de FAV são implantadas próteses artériovenosas, no dia de observação não estava nenhuma cirurgia programada para implantação de prótese.

Assisti nesse dia a duas intervenções a pessoas com DRct, já em programa de diálise há muitos anos e com várias construções de FAV.

Uma das intervenções foi para a construção de uma FAV distal rádio-cefálica e a outra FAV proximal rádio-cefálica.

Pré-operatório

O encaminhamento para a UCA é feito através da consulta de acessos vasculares após referenciação da consulta de nefrologia, nesta consulta é efectuado o mapeamento vascular.

São efectuados exames pré operatórios compostos por análises e ECG.

O mapeamento vascular, a local da intervenção, os exames pré-operatórios e o documento de consentimento livre e esclarecido fazem parte do processo de cada pessoa.

Em regra todas as pessoas submetidas a cirurgia de ambulatório têm que ter acompanhamento no momento da alta.

Antes de iniciar o procedimento cirúrgico a pessoa aguarda na sala de recobro, em cadeirões recostáveis, onde se encontra um enfermeiro.

As pessoas encontram-se com fatos de bloco, existe um vestiário próprio para utentes, e cobertas com lençol e cobertor.

Neste espaço é canalizado uma veia periférica, no membro oposto à intervenção, e feita medicação pré-operatória, antibiótico e analgésico.

É feita também uma avaliação de parâmetros vitais.

Estas intervenções são registadas em impresso próprio.

Procedimento Cirúrgico

O procedimento é realizado em bloco operatório por cirurgiões de cirurgia vascular, sob anestesia local.

Na sala operatória encontra-se o cirurgião, o cirurgião ajudante e uma enfermeira que desempenha as funções de enfermeira circulante e enfermeira anestesista.

Em média o procedimento cirúrgico tem a duração de 45 minutos a uma hora.

A pessoa é posicionada na mesa operatória em decúbito dorsal, com abdução dos membros superiores, o membro onde é efectuada a FAV a 90º e o outro, onde se encontra o acesso venoso periférico para administração de medicação, a 45º.

A visão da pessoa para o procedimento e para os cirurgiões encontra-se impedida pela colocação dos campos operatórios. Ficando a visão reduzida ao ângulo formado pelo ombro e a rotação superior da cabeça, ou seja ao local onde se encontra o carro de anestesia. É neste local que a enfermeira se coloca durante o procedimento mantendo contacto visual com a pessoa.

O material necessário para todo o procedimento vem em caixas de instrumental cirúrgico e trouxa de campos cirúrgicos.

Durante todo o procedimento a pessoa mantém-se consciente.

Os registos de enfermagem incluem, os parâmetros vitais durante a intervenção, alguma intercorrência e a lista de verificação cirúrgica.

O protocolo operatório é efectuado após a intervenção, pelos cirurgiões na sala de recobro.

Pós-operatório

Após a operação a pessoa levanta-se e quando se sente em condições desloca-se para a sala de recobro acompanhada do enfermeiro do recobro.

Durante esse tempo é iniciado a preparação da sala para outra cirurgia.

No recobro é feita a vigilância geral do estado da pessoa, com o registo dos parâmetros vitais, e é despistado a existência de hemorragias ou sinais de compromisso circulatório distal do membro intervencionado.

Após uma hora da intervenção cirúrgica, a pessoa é observada pelo cirurgião e caso não tenha existido nenhuma intercorrência é dada alta.

A quando da alta o enfermeiro do recobro faz uma resenha dos cuidados a ter com a fistula e entrega os documentos de encaminhamento para a consulta pós intervenção e as indicações para os enfermeiros do Centro de Saúde que iram realizar os cuidados à ferida operatória.

É também entregue um panfleto onde se encontra um resumo de todos os cuidados a ter com a fistula e os sinais de alerta de intercorrências imediatas. Nesse documento encontra-se discriminado o nome dos médicos que efectuaram a intervenção e dos enfermeiros da UCA que cuidaram da pessoa, assim como os números de telefone de contacto da UCA.

Dinwiddie, L. C., & Bhola, C. (2010). Hemodialysis Catheter Care: Current Recommendations for Nursing Practice In North America. *Nephrology Nursing Journal*, 37(5), 507-521. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=54095572&site=ehost-live>


Kay, J. (2010). Doenças Musculoesqueléticas e Reumáticas. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 632-645). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Vachharajani, T. J. (2011). Atlas of Dialysis Vascular Access. Wake Forest University. Obtido de <http://www.fistulafirst.org/atlas/index.html>

Wong, T. M. H., López, C. H., & Narbona, E. B. (2008). Hemodiálisis. *Enfermedad Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Práctica Clínica* (pp 91-121). Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

APÊNDICE XVI – Paragem Cardiorrespiratória na Sala de HD

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Paula Luz</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 1 Serviço de Nefrologia XXXXXXXXXX</p>

6 Outubro 2011

Turno da manhã (8:00h – 16:00h)

Sala de hemodiálise (HD)

11:30

Evento Crítico

Arritmia com paragem cardiorrespiratória na sala de HD

Apresentarei a reflexão deste evento crítico segundo a metodologia de análise do ciclo de Gibbs, onde estão incluídos os pontos (1) Descrição, (2) Sentimentos, (3) Avaliação, (4) Análise, (5) Conclusão e (6) Planear acção.

Como referencial teórico de enfermagem utilizarei as autoras Benner & Wrubel (1989).

Descrição do evento

Uma Assistente Operacional (AO) entra na sala de trabalho de enfermagem e pergunta pelos Enfermeiros, porque era necessária ajuda na sala de HD devido a uma doente estar a passar mal. Dois dos colegas tinham ido tomar um café e o terceiro estava a prestar cuidados de higiene num dos quartos.

Disse ao colega que ia ver o que se passava na sala de HD.

Ao entrar na sala, espaço aberto com 8 camas com pessoas a fazer HD, verifico que se está a proceder a manobras de reanimação a uma das senhoras programadas para HD.

- Aos pés da cama o carro de reanimação.
- Um médico do lado direito da pessoa a fazer massagem cardíaca externa, sem plano duro.
- Uma enfermeira a ventilar a doente, que já tinha via aérea patente com tubo endotraqueal, com insuflador manual ligado a rampa de O₂.
- Um enfermeiro do lado esquerdo da doente, onde estava puncionado um acesso periférico para administração de fármacos.
- Já tinha sido administrada um miligrama de adrenalina.
- O evento durava há aproximadamente 5 minutos.

Sentimentos

A primeira coisa que pensei, enquanto me deslocava para a sala de HD, foi o que é que poderei fazer para ajudar numa situação crítica num contexto deste.

Ao verificar o que se passava e tendo feito algumas perguntas ao enfermeiro que estava presente, imediatamente compreendi que poderia ser um elemento fundamental na equipa. A segunda questão que se me pôs foi: ainda que a situação de paragem caridorrespiratória fosse uma situação onde a minha actuação é segura, o contexto onde decorre encerra um desconhecimento profundo e de certa maneira um grande desconforto.

Avaliação

A avaliação da situação vai ser feita com base nas recomendações de 2010 para o suporte avançado de vida (SAV) da European Resuscitation Council (ERC) (Nolan, Hazinski, et al., 2010, pp 1232–1236), que são o fundamento para as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (CPR) (Nolan, Soar, et al., 2010)

A - Via aérea encontra-se patente e segura, com tubo orotraqueal;

B – Ventilação assegurada com insuflador manual, conectado a fonte de O₂ de alto débito, a um ritmo superior a 10 min⁻¹;

C – Não existe pulso. Monitorizado mas não a monitor desfibrilhador. Está a ser efectuada massagem cardíaca externa com ritmo aproximado de 100 min⁻¹, sem plano duro. Foi administrado 1 mg de adrenalina há mais de cinco minutos. Não existem fármacos preparados.

A sala é ampla e não havia qualquer resguardado da possibilidade de visão das restantes pessoas em HD.

Ligo cronómetro do meu relógio de pulso.

Sugiro a colocação de plano duro, que é feito com continuação de massagem cardíaca externa.

Preparo adrenalina 2mg, sendo administrado 1mg.

A restante equipa médica chega.

Passados 4 minutos da administração do mg de adrenalina, é verificado ritmo e pulso encontrando-se ambos ausentes. Sugiro nova administração de 1 mg de adrenalina. O médico que estava desde do início da reanimação deu indicação para ser administra.

2 min de massagem cardíaca retoma traçado cardíaco sem pulso, existe um alargamento do complexo QRS > 0.12mm, não é considerado causa potencialmente reversível no contexto de hipo/hipercaliémia.

Mantém-se massagem cardíaca externa mais 2 min.

Passaram-se um total de 15 minutos de manobras, 10 minutos depois de ter ligado o cronómetro.

É decidido pelos dois médicos seniores presentes a suspensão das manobras de reanimação.

Notei ainda que toda a equipa ficou centrada no acontecimento, não tendo sido tomadas medidas de privacidade em relação ao mesmo, facto completamente compreensível, mas que não deve deixar de ser ponto de reflexão.

No fim da reanimação não verifiquei ter existido o *dbreffiing* de análise em equipa ao sucedido.

Análise

As arritmias agudas e as paragens cardíacas de etiologia desconhecida, em pessoas com DRC em programa de diálise, representam 60% das mortes por causa cardíaca nesta população (Daugirdas, Blake, & Ing, 2010, p 594).

Numa situação de arritmia grave durante a sessão de HD está indicado a suspensão a sessão, com a reinfusão do sangue do circuito e cardioversão urgente (Daugirdas et al., 2010, p 594) que em Portugal deve respeitar a recomendações da ERC/CPR.

A equipa, mesmo apresentado algumas falhas de processo, dá uma resposta adequada à situação da pessoa.

Essas falhas poderão prender-se com aspectos de conhecimento das recomendações de SAV, ainda que não me parecesse que esse desconhecimento fosse ao ponto de impedir uma resposta eficaz. E poderão ainda prender-se com a falta de treino em SAV segundo as recomendações em vigor da ERC/CPR.

Conclusão

As situações de urgência/emergência são o campo de prestação de cuidados onde sou perito (Benner, 2005, p 54).

O contexto em que esta situação decorre, e que me provocou bastante desconforto, é constituído por dois factores determinantes.

O primeiro é que a prestação de cuidados a pessoas com doença renal crónica (DRC) em ambiente de sala de HD é-me totalmente desconhecido. Mesmo os cuidados de urgência/emergência, por não ter contacto com o processo de HD e as complicações mais frequentes assim como a fórmula de resolução das mesmas neste contexto.

O segundo é que estava no terceiro dia de ensino clínico, segundo de prestação de cuidados, e não conhecia de todo a equipa presente, nem o modo dessa mesma equipa se organizar para fazer frente a uma situação como a que estava a decorrer.

As apreensões destes dois factores levaram-me à reflexão da minha posição de iniciado avançado (Benner, 2005, p 46), onde os conhecimentos sobre a gestão de evento crítico, neste caso a reanimação, foram a possibilidade de lidar com um contexto completamente desconhecido.

Em conclusão terei que desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem pessoas com DRC em contexto de HD para desta forma poder dar resposta ao que me propus no Projecto de Estágio.

Planear a acção

Este evento neste contexto com esta equipa constitui uma oportunidade de aprendizagem quer individual que da equipa.

A aprendizagem individual passa por ampliar os meus conhecimentos sobre a pessoa com DRC nas suas múltiplas vertentes, incluindo o facto de esta poder atravessar uma situação crítica decorrente do próprio facto de ter de fazer diálise.

A possibilidade de aprendizagem do grupo poderá passar pela aceitação da proposta de uma sessão de formação, a integrar o plano de formação do Serviço, sobre as novas recomendações para a reanimação do ERC/CPR 2010.

Referencias

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.


Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2010). *Manual de Diálise (Original 2007)*. (T. Hennemann & M. C. Riella, Trans) (4th ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nolan, J. P., Hazinski, M. F., Billi, J. E., Boettiger, B. W., Bossaert, L., Caen, A. R., Deakin, C. D., et al. (2010). Part 1: Executive summary 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 81(1, Supplement), 1219-1276. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.002

Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D., Biarent, D., Bossaert, L., Deakin, C. D., Koster, R. W., et al. (2010). Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Renimação do European Resuscitation Concil. Conselho Português de Ressuscitação. Obtido de <http://www.cprguidelines.eu/2010/>

APÊNDICE XVII – Caracterização do EC 2

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

7 Novembro 2011

Apresentação

Gabinete da Enfermeira Chefe¹ Adelaide Martins

Além de mim, também estava presente a Enf.ª Tânia Henriques, colega do curso de Mestrado em Enfermagem Área Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica.

- A Enf.ª Chefe apresentou a estrutura física do Serviço de Nefrologia [REDACTED] e deu uma visão geral do tipo de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar. Com esta apresentação foi feita uma visita ao espaço físico do Serviço.
- No Gabinete da Enf.ª Chefe os estudantes apresentaram um resumo dos projectos individuais de estágio e dos objectivos para o ensino clínico no Serviço. Com esta informação a Enf.ª Chefe atribui a cada estudante, um orientador de ensino clínico.
- Foi designada para orientar o meu ensino clínico a Enf.ª Susana Duarte.
- Nesta reunião foi também indicado onde se encontrava a documentação de suporte às políticas da instituição e as metas do Serviço.

Descrição do Serviço

Neste ponto será feita uma descrição sumária do Serviço com os pontos estrutura física, dotação de pessoal de Enfermagem e Assistentes Oracionais (AO), metas e objectivos.

Missão do Serviço

A *Missão* do Serviço de Nefrologia, encontra-se descrita no Plano de Acção do Serviço de Nefrologia (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011), sendo descrita como:

“ (...) assegurar assistência nefrológica integral, em todas as suas vertentes e segundo o estado da arte, a toda a comunidade servida pelo hospital, bem como a doentes referidos por outras instituições que nos procurem para usufruírem de tecnologias não disponíveis na sua região.”

Áreas de Actividade

A área de intervenção e actividade do Serviço encontra-se dividida em seis grandes domínios:

¹ Designarei por Enf.ª Chefe

² Designarei apenas por Serviço

Internamento de Nefrologia:	a) Enfermaria de Nefrologia que localizada no Piso 3. b) Consultadoria de Nefrologia
Hospital de Dia de Nefrologia:	O hospital de dia de nefrologia compreende dois pólos: a) A Unidade de Hemodiálise e técnicas afins localizada no piso 1; b) A Unidade de Diálise Peritoneal onde também funciona a consulta de pós-transplantação;
Unidade de Transplantação:	Vertente médica. Clínica do doente transplantado ou candidato a transplante renal.
Consulta Externa de Nefrologia:	Para além da consulta externa de Nefrologia geral, realizam-se consultas de Hemodiálise, Diálise peritoneal, Pré-transplantação e de Pós-transplantação.
Angiografia de Intervenção	
Urgência de Nefrologia	
Formação	

Fonte: Plano de Acção do Serviço de Nefrologia (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011)

No domínio da formação, estão previstos no *Capítulo 4 – Projectos/Actividades Estratégicas 2011* (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011) do Plano de Acção, dez grandes áreas de formação, destinados a enfermeiros, AO e, em dois deles, a médicos.

Áreas de Formação	Destinatários
Mecânica corporal	Enf. e AO
Apresentação de normas procedimentos e protocolos	Enf.
Atendimento ao doente	AO
PEI – Triagem de resíduos – Escala de Morse	Enf.
Ventilação não invasiva	Enf.
Integração em Diálise Peritoneal	Enf.
Formação em Diálise Peritoneal e Transplante	Enf.
Prevenção e combate a incêndios	Médicos, Enf. e AO
Suporte básico de vida	Médicos e Enf.
Normas e procedimentos	Enf.

Fonte: Plano de Acção do Serviço de Nefrologia (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011)

Estrutura Física

O Serviço tem 23 camas, divididas pelas três especialidades médicas, sendo 11 pertencentes a Nefrologia.

Por necessidade de gestão de recursos, as pessoas internadas encontram-se divididas segundo género, existindo uma zona específica para pessoa com agente problema ou a necessidade de isolamento. A gestão de camas é flexível, feita de acordo com os médicos responsáveis das três especialidades.

Encontra-se também dependente do Serviço o Hospital de Dia de Nefrologia, que funciona todos os dias e de Gastroenterologia, às 4ª e 6ª feiras, no mesmo piso, ocupando duas das salas.

Dotação de pessoal de Enfermagem

No que se refere a dotação de enfermeiros o Serviço é composto:

- Uma Enfermeira Chefe
- Oito Enfermeiros Graduados
- Dezasseis Enfermeiros contratado

Para fazer frente à necessidade de cuidados, os enfermeiros estão divididos em cinco equipas, que fazem escala, com três ou quatro elementos, e mais uma equipa fora de escala. Esta, além da gestão assegura o funcionamento do Hospital de Dia e a consulta [REDACTED].

Esta dotação de pessoal de enfermagem e AO tem também como finalidade, responder à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem vertidos no Plano de Acção 2011, através de quatro medidas: (1) Realização de auditoria interna a registos de enfermagem; (2) Aplicação de inquérito de satisfação de clientes; (3) Campanha nacional de higiene das mãos; (4) Monitorização de indicadores – Úlceras de pressão pela escala de Morse.

Resumo das intervenções e cuidados de Enfermagem

Neste resumo apresentarei um roteiro das actividades dos enfermeiros e AO durante o turno da manhã, com a finalidade de prestar de cuidados às pessoas internadas no Serviço.

A importância de fazer este resumo prende-se com o facto de não prestar cuidados em serviços de internamento.

A dificuldade que apresento na hierarquização das necessidades de cuidados de enfermagem, a pessoas com a sua vida que coexiste como uma doença crónica, mantém-se, ainda que já em menor grau, fruto do ensino clínico anterior.

Por último, a linguagem dos cuidados é um pouco diferente daquela com que habitualmente trabalho, sendo que os registos e o plano de cuidados têm por base a linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), com a qual tive contacto prático no ensino clínico anterior, tendo esta experiência permitindo um melhor domínio da mesma.

Estes motivos colocam-me no ponto de iniciado, ou de iniciado avançado (Benner, 2005, pp 45 – 46), que constituem a primeira fase de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, notando já uma evolução no desenvolvimento de competências em relação ao início de estágio.

Passagem de turno

- Feita a passagem de turno na sala comum, com todos os enfermeiros do turno da noite e os da manhã que estão previamente escalados no internamento, inclui a participação da Enf.ª Chefe.
- Os enfermeiros escalados no Hospital de Dia de Nefrologia, por não terem turno da noite não têm passagem de turno da manhã. Ainda que no início da passagem de turno do internamento venham saber se existiu algum problema com pessoas com DP internadas no Serviço ou hospital durante os turnos anteriores, tarde e noite, ou se houve alguma urgência. Existindo sempre passagem de cuidados quando existe alguma intercorrência.
- A alocação dos Enfermeiros aos doentes internados, por norma é efectuada no turno anterior, tendo em conta a necessidade de cuidados de cada pessoa.
- O turno da noite é assegurado por dois enfermeiros, o da manhã, no internamento, por três ou quatro e o da tarde por três.
- O método de trabalho é o método individual.
- O internamento fica dividido em três sectores, no turno da manhã e tarde, e dois no turno da noite.
- Na passagem de turno são apresentadas a notas de evolução e discutidos cuidados a para cada uma das pessoas internadas.
- No que se refere às pessoas entradas durante o turno ou em turnos anteriores, que não são do conhecimento do enfermeiro responsável pelo doente, são apresentadas a sua história e as necessidades de cuidados previsíveis.
- Existe, na sala comum, um quadro com a indicação das pessoas internadas, onde é feito um resumo de cada situação e é anotada a necessidade de cuidados especiais.

Planificação do trabalho

- Cada enfermeiro verifica o plano de cuidados, que está inserido no sistema informático, e o plano terapêutico para o dia.
- O sistema de terapêutica é a uni-dose, que chega da farmácia no início do turno tarde, a medicação é verificada, conforme cardex, e preparada. Caso existam faltas é contactada a farmácia para que os medicamentos estejam disponíveis no momento da administração.

Prestação de cuidados de higiene e conforto

- Cada enfermeiro faz o levantamento das necessidades de cuidados de higiene e conforto das pessoas que lhe estão atribuídas. Estas necessidades constam do plano de cuidados e foram relatadas na passagem de turno.
- As necessidades determinam a prestação parcial ou total de cuidados no leito, ou a delegação e supervisão, em pessoas que se encontrem autónomas.
- Estas actividades são efectuadas em conjunto com os AO.

Administração terapêutica

- A administração terapêutica é efectuada pelos enfermeiros, sendo verificada e assinada no cardex. Posteriormente, é registada no sistema informático.

Presença da Família / Pessoa Significativa

- A presença da família / pessoa significativa³ acontece por volta da hora do almoço, e prolonga-se durante a tarde, sendo o horário das 12 às 20 horas.
- As visitas, duas pessoas de cada vez, realizam-se entre as 17 e as 18:30, ainda que existia grande flexibilidade.

Registo das intervenções de enfermagem e actualização do plano de cuidados

- O registo das intervenções de enfermagem e a actualização do plano de cuidados é efectuado no sistema informático, em linguagem CIPE®, conforme a distribuição.
- É feito o registo da terapêutica e dos parâmetros vitais no sistema.
- Os exames complementares e/ou necessidade de intervenção noutros Serviços, por exemplo hemodiálise, é verificado nos impressos próprios e registado no quadro resumo.

Análise das intervenções e cuidados de Enfermagem

Esta análise tem como fim levantar os contributos para o ensino clínico, assim como as principais dificuldades, oportunidades e ameaças.

Será feita pelo método de SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats⁴ (Chapman, 2005).

³ Designarei apenas por família

⁴ Tradução livre: Fraquezas, Ameaças, Forças e Oportunidades

	Positivo	Negativo
Factores Internos	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none"> • Organização por enfermeiro responsável dos cuidados, permitindo uma visão completa da pessoa; • Número de pessoas internadas adequado ao número de enfermeiros; • Conhecimento de todas as pessoas internada através da passagem de turno, permitindo um apoio em pessoas mais dependentes ou com necessidade de cuidados mais diferenciados; • Existência de Hospital de Dia com consulta ambulatória de DP e TxR; • Equipa de enfermagem fixa e bastante qualificada. 	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de resistência á entrada de um elemento sem o grau de competência do grupo; • Desconhecimento do sistema informático; • Dificuldade em utilização da linguagem CIPE®; • Pouca experiencia na prestação de cuidados a pessoas com DRC em regime de internamento; • Desconhecimento dos cuidados a pessoa com DRC, em regime de ambulatório em programa de DP ou TxR;
	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados a pessoas com DRC em situação de internamento; • Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados a pessoas em DP ou TxR, internadas ou em regime ambulatório; • Desenvolvimento de competências na utilização da linguagem CIPE®; • Melhor integração da equipa prestadora de cuidados. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em compreender o sistema informático de registo e a sua utilização do ponto de vista de plano de cuidados e de classificação dos cuidados; • Possibilidade de resistência por parte do grupo à integração de um novo elemento.
Factores Externos		

Referencias


Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Chapman, A. (Ed.). (2005). SWOT Analysis Template. Business Balls. Obtido de http://www.businessballs.com/free_SWOT_analysis_template.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. CIPE/ICNP (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Direcção do Serviço de Nefrologia (Ed.). (2011). Plano de Acção 2011. Serviço de Nefrologia.

**APÊNDICE XVIII – Cuidados de Enfermagem no Hospital de Dia de
DP e de TXR**

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p><i>Estudante – Artur Marona Beja, Enf.</i> <i>Docente – Prof. Maria Saraiva</i> <i>Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</i></p>
	<p><i>Diário do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</i></p>

8 Novembro 2011

Hospital de Dia

Consulta de Diálise Peritoneal (DP) e de Transplante Renal (TxR)

Descrição das Intervenções de Enfermagem na Consulta de Transplante Renal

A transplantação renal no [REDACTED] tem funcionado como um empreendimento conjunto entre os Serviços de Nefrologia, Urologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Geral estando a coordenação atribuída à Direcção do Serviço de Nefrologia.

Esta actividade tem elevada expressão no [REDACTED], com uma média de 20 transplantes ano, números que colocam a par da média nacional de 31 transplantes / pmp¹ / ano e 19 colheitas /pmp/ano e à frente da média europeia (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011).

As consultas de Pós Transplante Renal são efectuadas no Hospital de Dia do Serviço de Nefrologia², com uma componente de consulta de Enfermagem e uma consulta médica, e tem como fim monitorizar e acompanhar as pessoas que efectuaram transplante renal na instituição. Existe um quadro síntese, no Hospital de Dia, dos cuidados a cada uma das pessoas em consulta pós TxR. Este quadro contém a lista de todas as pessoas que se encontram em consulta activa, num total de 176, e as que saíram desta consulta por falência do enxerto ou falecimento, mantendo-se estas até nova actualização geral, em norma feita de 6 em 6 meses.

O primeiro transplante renal feito no [REDACTED] data de 9 de Junho de 1997, ao Sr. AJAB. Foi uma das pessoas a ter consulta neste dia, permitindo-me o contacto pessoal e com todo o processo desde essa data até aos dias de hoje.

Este contacto deu-me também uma ideia da evolução documental do próprio processo de acompanhamento das pessoas em consulta de transplante renal.

Destacando, a título de curiosidade, o documento de consentimento informado, em folha A5 quase manuscrito, com o título “*CONSENTIMENTO PARA OPERAÇÃO*”, era composto pelo nome do candidato a transplante, o nome do cirurgião e a frase “*que me explicou que sofro da doença*

¹ pmp – por milhão de pessoas

² Designarei por Serviço.

[espaço para preenchimento] e que concordei em submeter-me à intervenção cirúrgica para o seu tratamento. Foram-me explicados os seus riscos e consequências.”

Uma outra curiosidade da consulta deste processo foi constatar a existência de um *Check List* *operatória* com a qual só tive contacto a partir de 2008, na instituição onde exerço.

Na consulta de Enfermagem é feita uma avaliação global do estado da pessoa, centrada na avaliação e registo de dados como: peso, tensão arterial, pulso, glicemia capilar em pessoas com diabetes Mellitus, diurese e alterações físicas evidentes, tais como avaliação de edemas, existência de queixas urinárias, despiste de sinais de infecção.

Intervenções Interdependentes

Uma outra actividade efectuada é a colheita e encaminhamento de sangue e urina para análises. A amostra de urina é colhida pela própria pessoa em casa, em recipiente fornecido pelo Hospital, para análise tipo II e urocultura em pessoas com infecções urinárias de repetição ou após infecção urinária.

A colheita de sangue tem como fim análises de bioquímica, hemograma e doseamento dos imunossupressores.

São também efectuadas colheitas de sangue para pesquisa de anticorpos antileucocitários contra painel anti-HLA, classe 1 e 2, e titulação cross-match antileucocitária³. Estas análises são realizadas no Centro de Histocompatibilidade do Sul da Lusotransplante e obrigam a uma articulação com a Guarda Nacional Republicana para o transporte dos produtos.

São utilizados essencialmente quatro imunossupressores:

- Ciclosporina⁴
- Everolimus⁵
- Tacrolimus⁶
- Sirolimus⁷

Intervenções Independentes

As intervenções independentes de enfermagem assentam na verificação da adesão de cada uma das pessoas consultada à terapêutica e regime alimentar. Sempre que existem alterações estas são registadas na folha de terapêutica entregue à pessoa.

Este é uma das competências que mais recursos pessoais implicam. A verificação é feita a partir de perguntas banais, tais como: *que medicamentos é que toma?* A resposta a esta pergunta é

³ Fonte: Centro de Histocompatibilidade do Sul (2010) <http://www.chsul.pt/index.php/artigos/view/13>

⁴ Fonte: INFARMED (2011) http://www.infarmed.pt/prontuario/mostra.php?origem=ono&flag_palavra_exacta=1&id=1473&palavra=Sandimmun+Neoral&flag=1

⁵ Fonte: Agência Europeia de Medicamentos (2011) http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001038/WC500022814.pdf

⁶ Fonte: Agência Europeia de Medicamentos (2011) http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000712/WC500022234.pdf

⁷ Fonte: Agência Europeia de Medicamentos (2011) http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000273/WC500046438.pdf

analisada quase intuitivamente pela enfermeira, e parte do conhecimento profundo que cada uma delas tem da pessoa consultada.

Normalmente a resposta é dada como uma receita, mas a experiência destas enfermeiras peritas (Benner, 2005, p 54) e a confiança desenvolvida com as pessoas a quem prestam cuidados permite obter.

A verdadeira informação sobre a adesão ao regime terapêutico e regime alimentar no caso de pessoas com diabetes Mellitus ou hipertensão arterial, assim como da adesão a estilos de vida saudáveis, em poucos minutos de conversa. Com esta informação fazem os alertas necessários a cada um sem entrar em moralismo nem quebrarem a confiança da informação prestada.

Por outro lado existe uma verdadeira relação terapêutica, e quando digo terapêutica falo assente na confiança mútua, entre as enfermeiras e as pessoas transplantadas.

Mesmo em casos de litígio, como por exemplo, no caso a senhora MS, que durante todo o internamento para transplante e nas consultas de vigilância, sistematicamente cria tensão aos profissionais. No entanto, e sabendo da necessidade do seguimento acaba por **colaborar, desde que as suas regras sejam respeitadas** (Fernandes, 2008, p 18), com as enfermeiras e depositar confiança nas competências das mesmas.

Um outro exemplo onde verifiquei do elevado nível de perícia das enfermeiras desta consulta, é em domínios tão simples como a avaliação da média da diurese, através da informação que é dada pela própria pessoa, conseguem obter confirmação da validade dessa e de outras informações dadas.

Descrição das Intervenções de Enfermagem na Consulta de Diálise Peritoneal (DP)

O Unidade de Diálise Peritoneal (UDP), em funcionamento desde 1993, “*registou nos últimos anos um crescimento qualitativo e quantitativo*” (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011), tem neste momento um activo de 30 pessoas⁸ nas várias modalidades de DP, a necessitarem de cuidados.

As instalações da UDP compreendem uma sala de enfermagem, onde são efectuados treinos de DP a pessoas e cuidadores em programa de DP, e um gabinete de consulta, instalações que são partilhadas com a consulta de pós transplante.

Deste dia vou descrever duas situações que demonstram o elevado reconhecimento das competências dos Enfermeiros do Serviço na área de consultadoria com o fim de responder às solicitações de apoio nefrológico.

Numa das intervenções de uma jovem senhora de 26 anos, Sr.^a SF, que se encontrava no Serviço de Cirurgia ter colocado um cateter de DP, no dia anterior, e apresentar sangue no drenado. Por este facto a Enf.^a Susana Duarte⁹ foi fazer lavagem do cateter e do peritoneu à Sr.^a SF, funcionando como consultora e perita nesta área, prestando cuidados em segurança a pessoas com DRC (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004, p 6).

Uma outra intervenção da Enf.^a Susana nesse turno foi fazer a verificação do ensino ao Sr. T neto do Sr. CL, de 78 anos, com dificuldade em autocuidar-se, na técnica de DP manual, de modo que, no momento da alta, os cuidadores estivessem munidos do domínio da técnica e da resolução

⁸ Dados constantes na base de informação das enfermeiras responsáveis pela UDP e cedidos gentilmente pela Enf.^a Anabela Alcobia e Enf.^a Clara Vasconcelos Simões.

⁹ Designarei por Enf.^a Susana.

dos principais problemas durante a diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) (Thomas et al., 2004, p 23).

Estes dois momentos foram de grande importância para a compreensão da actuação dos enfermeiros como peritos de área, quer na consultadoria na sua área de perícia quer na capacitação¹⁰ das pessoas e familiares para a autonomia (Wilson, Kendal, & Brooks, 2007, p 426).

Assim, irei descrever estas duas situações de prestação de cuidados no sentido de registar as mais-valias para a minha aprendizagem.

Intervenção como consultora perita na área

Vou começar este ponto por descrever a pessoa e a situação a quem foram prestados os cuidados, com os conceitos do referencial teórico de enfermagem de Benner & Wrubel (1989).

Pessoa

SF, 26 anos.

Activa, com profissão de auxiliar educativa de crianças, a estudar técnicas de animação cultural. Vive em Corroios com os pais. Tem um irmão mais velho que vive perto de Sintra.

Portadora de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) – *revisão rápida* feita com base em Richman & Schub (2011) – DRC seguida na consulta de nefrologia proposta para colocação de cateter de DP, por síndrome nefrótico – *revisão rápida* feita com base em Sommers, Johnson, & Berry (2007) e LaRusso (2011) - foi necessária indução de Hemodiálise (HD) há duas semanas.

Para efectuar a indução de HD, colocou cateter de longa duração na veia jugular esquerda, tendo realizado 10 sessões de HD.

Tem uma forte relação com a mãe, que se mantém no Hospital desde ontem. À nossa chegada ao Serviço de Cirurgia a mãe da SF estava, sentada na sala de espera. Assim que a Enf.ª Susana a saudou começou a chorar.

A Enf.ª Susana trocou algumas palavras de confiança com a senhora e foi ver a filha.

Situação

Na noite anterior após a primeira lavagem do cateter peritoneal o drenado era francamente hemático.

Durante a noite a SF passou de 9 g/dl de hemoglobina (Hb) para 4,8 g/dl, tendo sido necessária a transfusão de duas unidades de concentrado de eritrócitos. Com esta situação de hemorragia peritoneal, descrita com uma das complicações da inserção de cateter de Tenckhoff (Ash & Daugirdas, 2010, p 333) associado às complicações hematológicas e vasculares da doença base LES (Richman & Schub, 2011), a SF passou uma má noite tendo só adormecido pela madrugada.

Ao chegarmos ao quarto onde estava a SF, o cirurgião que a operou, mas fez um ponto da situação com a Enf.ª Susana.

Ao ver a Enf.ª Susana a SF abriu um sorriso franco de quem vê um velho amigo, facto que me impressionou, e que a meu ver demonstra a confiança estabelecida.

Fui apresentado à SF, enquanto *estagiário*, tendo solicitado autorização para estar presente durante todo o procedimento.

Ao iniciar o procedimento da lavagem do cateter e do peritoneu a Enf.ª Susana apresentou logo preocupação de promover a aprendizagem da SF ainda que estivesse a atravessar um monto de grande medo (Benner, 2005, p 91), dizendo-lhe:

¹⁰Tradução livre de “*empowering right*”.

“...vou desinfetar a mesa onde vou trabalhar, com álcool, mas agora vai só vendo o que vou fazendo sem te preocupares com os pormenores, só ver o que faço para teres ideia. Depois, quando estiveres melhor, vemos cada um dos passos e treinamos em conjunto, é que é muita informação e a tua preocupação neste momento é outra... (um sorriso e uma festa fraterna)”

Este momento foi de facto revelador de uma elevada perícia, pondo em evidência o grande conhecimento da Enf.^a sobre as questões de aprendizagem das pessoas que terão que desenvolver treino para o auto-cuidado, e do próprio programa de acompanhamento, validação desses ensinios feitos pelas enfermeiras do Hospital de Dia.

O retorno do lavado era francamente hemático, e o fluxo era diminuto, revelador de alguma obstrução do cateter. Para a Enf.^a Susana era espectável que assim fosse, e para a irrigação o preparado encontrava-se à temperatura ambiente e com 0,4 cc de heparina, conforme protocolo do Serviço e validado com a nefrologista.

Após uma hora e meia de infusões de pequenas quantidades de liquido e retorno ainda mais lento, a Enf.^a Susana optou por deixar 200 cc do liquido dentro do peritoneu e repetir a lavagem durante a tarde.

Comunicou esta decisão ao cirurgião e aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia e despediu-se da SF.

A possibilidade de nova intervenção cirúrgica estava em aberto, pois a probabilidade de um dos vasos estar a sangrar em toalha era elevada.

Considerações

Este procedimento foi um exercício de paciência para as duas, Enf.^a e SF, obrigando também a uma proximidade física que era necessário gerir.

Durante uma hora e meia a Enf.^a teve de manter a calma necessária para não demonstrar preocupação excessiva com o acontecimento, mas também de ser verdadeira para com a SF, de forma a não quebrar a confiança nem a esperança.

O facto de a Enf.^a estar junto à cama da SF, com uma proximidade grande, e com as máscaras faciais para protecção é também uma situação que requer grande capacidade para gestão de competências relacionais.

Intervenção como promotora de ensinios para a capacitação da pessoa em DP

Na verificação dos ensinios à pessoa, familiares e/ou cuidadores informais¹¹, com cateter de DP para o seu manuseamento e cuidado existe um programa do Serviço baseado em várias sessões, como é proposto na literatura (Alonso et al., 2005, p 123; Jenkins, Mahon, & Casal, 2008, p 159; Thomas et al., 2004, p 24)

Este programa encontra-se estruturado na Unidade de DP, tendo formulário próprio para registo da evolução de cada um dos intervenientes a serem treinados. Neste momento encontra-se em fase de actualização.

O programa tem uma fase de ensino que é planeada em função das necessidades de cada um dos intervenientes.

A fase seguinte, que também tem duração variável, é de treino no manuseamento do cateter de DP, mantendo a assepsia.

¹¹ Designarei apenas por cuidadores.

Por último existe uma fase de avaliação e de esclarecimento, em que o interveniente vai efectuado o procedimento e antes de cada passo diz o que vai fazer, colocando dúvidas e pedindo esclarecimentos.

Uma outra característica é que é efectuada no hospital ainda que em ambulatório, mas sempre com a ponte para o contexto domiciliário, que tem também um processo de verificação e avaliação.

Depois de ser apresentado aos senhores CL e T, e pedindo autorização para assistir ao ensino com ressalva de que se o Sr. T não se sentisse à-vontade não assistia, porque o fundamental era a boa aprendizagem dos cuidados.

Foi também dito que eu não estava ali para avaliar e que não se estava a efectuar uma prova, mas sim que o Sr. T ia prestar os cuidados necessários para a troca do dializante e ao penso do cateter do Sr. CL, coisa que já sabia fazer, e colocar as dúvidas que lhe ocorressem.

Pessoa

Sr. CL, 78 anos.

É portador de hipoacusia acentuada o que origina grande dificuldade de comunicação.

Aposentado, tendo tido a profissão de operário metalúrgico.

Vive nos arredores de Almada.

Apresenta bastantes dificuldades para o auto cuidado, físicas e cognitivas.

É cuidado por uma cunhada, Sr.^a AS, que vive perto e pelo neto, Sr. T, que também vive em Almada.

O Sr. CL tem uma relação de algum conflito com os cuidadores, impondo de algum modo a sua vontade, o que dificulta a tarefa dos mesmos.

Estes dois cuidadores apenas conseguem assegurar duas trocas diárias ao Sr. CL, o que também constitui um problema para a equipa, uma vez que se preconizam três trocas diárias. Esta questão não vai ser abordada neste relato.

O Sr. CL tem DRC, estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44), com causa em nefroangiosclerose por hipertensão arterial e cardiopatia isquémica com enfarte agudo do miocárdio em 2008 (Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011, p 55), em programa de HD desde 2008.

Tem tido várias falências dos acessos vasculares, apresentando cateter de longa duração na veia jugular direita.

Situação

Por apresentar inúmeras intercorrências nas últimas sessões de HD o Sr. CL faltou a 3 sessões, por este facto ingressa no SU em edema agudo do pulmão (EAP).

É internado no Serviço de Nefrologia e faz duas sessões de HD. Na segunda tem como intercorrência uma fibrilhação ventricular com paragem cardíaca, revertida com desfibrilhação (Weiner, Nicholls, & Sarnak, 2010, p 594).

Após este incidente, é-lhe diagnosticado um flutter auricular, com necessidade de cardioversão química e eléctrica.

Em consequência desta situação inicia suporte aminérgico e hemodiafiltração (HDF), sistema PRISMA, diária com 8 horas de duração (Marchão et al., 2011, pp 65–68; Teo, Messer, Paganini, Daugirdas, & Ing, 2010, p 218).

Após contacto com a família a equipa médica decide-se por iniciar DP, colocando o cateter a 18 de Outubro.

Com a necessidade de DP, ainda que com problemas por resolver no que se refere ao assegurar das três trocas diárias, existe a necessidade de treinar os cuidadores para a técnica de DP domiciliária.

Esta intervenção promotora de ensinamentos para a capacitação da pessoa em DP torna-se mais difícil, pelo facto de ter sido “*imposta*” pela necessidade de continuidade de tratamento sem outra alternativa.

Durante a verificação do ensino a Enf.^a Susana começou por dizer, “*Sr. T proceda como se estivesse em casa e diga-me o que ia fazer e o material que ia pôr na mesa, que eu dou-lho*”. Toda a sequência foi enunciada pelo Sr. T, que realizou passo a passo.

No fim de cada um dos passos (1) desinfetar a mesa, (2) lavar as mãos, (3) prepara o material, (4) abrir o saco de dializante, (4) desinfetar o extensor e conector e (5) desinfecção das mãos entre cada passo.

Considerações

Apesar de alguma tensão por parte do Sr. T todos os passos foram cumpridos, tendo cada um deles sido previamente enunciado.

A Enf.^a Susana fez uma avaliação globalmente positiva, mas em todos os passos acabou por fazer um pequeno reparo ou uma consideração em alternativa ao que estava a ser feito. Desta forma o momento serviu não só para verificar o que já estava aprendido como também para solidificar a aprendizagem com novos conhecimentos ou justificações sobre os conhecimentos praticados.

Volto a referir que este processo implica uma grande paciência por parte do formador, no sentido que não se pode substituir ao formando, e por outro lado não pode quebrar a relação de confiança entre a pessoa necessitada de cuidados e o cuidador.

Tratando-se de uma pessoa como o Sr. CL com alguma tensão no relacionamento com os cuidadores o trabalho da Enf.^a Susana também era o de certificar a boa competência do cuidador perante o Sr. CL. Este pormenor, constantemente trabalhado, demonstra bem como os ensinamentos de uma técnica, quando são efectuados por enfermeiros, devem ser centrados não na técnica mas no sujeito dos cuidados.

Nota Final

Em conclusão a Enf.^a Susana como perita, bem conhecedora do programa do Serviço para o ensino a pessoas com DRC em programa de DP, e das particularidades que constitui não só o programa como a própria pessoa sujeito dos cuidados, demonstrou como é fundamental este nível e qualidade de cuidados para poder funcionar não só como consultora mas também como elemento de capacitação da própria pessoa ou cuidador.

Referências

Alonso, M., Baena, V., Castillo, J. M., Cortes, C., Mazuecos, M. A., Osuna, A., Ras, X., et al. (Eds.). (2005). *Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica*: Diálisis y Trasplante Renal. Sevilla (España): Consejería de Salud. Obtido de http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/Renal_28-4-2005%5B1%5D.pdf

Ash, S. R., & Daugirdas, J. T. (2010). Dispositivos para Acesso Peritoneal. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 326-344). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.

Direcção do Serviço de Nefrologia (Ed.). (2011). Plano de Acção 2011. Serviço de Nefrologia. [Redacted]

Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)

Jenkins, K., Mahon, A., & Casal, M. C. (Eds.). (2008). *Enfermedad Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Práctica Clínica*. Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org

LaRusso, L. (2011). Nephrotic Syndrome. EBSCO Publishing. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2009544065&site=nrc-live>

Marchão, C., Cachado, A. de S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência Renal Crónica Terminal - Manifesta Clínicas e Opções Terapêuticas. *Manual de Hemodiálise Para Enfermeiros* (pp 49 -78). Lisboa: Fresenius Medical Care.

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Richman, S., & Schub, T. (2011). Systemic Lupus Erythematosus. Cinahl Information Systems. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=5000002210&site=nrc-live>

Sommers, M., Johnson, S., & Berry, T. (2007). Nephrotic Syndrome. *Diseases & Disorders: A Nursing Therapeutics Manual, 3rd ed*. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2009587251&site=nrc-live>


Teo, B. W., Messer, J. S., Paganini, E. P., Daugirdas, J. T., & Ing, T. S. (2010). Terapias Contínuas Lentas. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 204-232). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Thomas, N., Küntzle, W., & McCann, M. (Eds.). (2004). *The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing* (2nd ed.). Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

Weiner, D. E., Nicholls, A. J., & Sarnak, M. J. (2010). Doença Cardiovascular. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 578-597). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Wilson, P. M., Kendal, S., & Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community*, 15(5), 426-438. doi:10.1111/j.1365-2425.2007.00701.x

APÊNDICE XIX – Consulta de TxR Hospital de Dia

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

21 a 23 Novembro 2011

Hospital de Dia de Nefrologia

Consulta de Transplante Renal

Durante este dias prestei cuidados de enfermagem a pessoas com DRC em programa de DP e em transplante renal (TxR). Vou nesta texto apresentar as situações referentes à prestação de cuidados de enfermagem na consulta de TxR.

De uma forma geral os cuidados de enfermagem encontram-se descritos no texto diário correspondente a dia 8 de Novembro.

Consulta de Enfermagem de Transplante Renal

Durante a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com TxR, senti de facto a diferença que a relação de confiança trás aos cuidados de enfermagem.

Do ponto de vista da execução das intervenções independentes e ou interdependentes, que após estudo desenvolvido desde do dia 8 de Novembro, somado à minha longa prática do ponto de vista técnico, não constitui grande dificuldade.

Por outro lado, reconheço que para ter passar ao estadio de competente (Benner, 2005, p 49), para obter a confiança e estabelecer uma relação terapêutica com estas pessoas, necessitava de muito mais tempo de prática.

Vou apresentar duas notas de reflexão de momentos de aprendizagem prática que contribuíram para o meu estágio no sentido de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem complexos a pessoas com DRC.

Viver com Transplante

As pessoas com TxR vivem com uma situação que as torna verdadeiramente únicas, são portadoras de DRC estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44), vivendo todos os processos de adaptação à DRC e a influência desta nas suas vidas, incluindo famílias e pessoas significativas, assim como o reflexo na qualidade de vida (Bertolin, Pace, Kusumota, & Ribeiro, 2008; Martins & Cesarino, 2005; Monros, 2008, p 48).

A qualidade de vida é um atributo subjectivo, dinâmico e multidimensional, que é mais valorizado quando um *“indivíduo se sente ameaçado pela doença”* (Anes & Ferreira, 2009, p 68; Henriques, 2009, p 15). Estes conceitos assentam na representação que cada um tem da vida, saúde, doença e estar doente (Benner & Wrubel, 1989, p 8).

Estas pessoas não estão doentes, estas pessoas têm uma doença, DRC, e sentem-se neste momento com a sua situação resolvida, tem um rim a funcionar. Tal como as pessoas em DP ou em HD quando falamos de TxR, falamos de um tratamento de substitutivo da função renal, mas, como os anteriores, não é curativo da DRC (Martins & Cesarino, 2005, p 671; Monros, 2008, p 60).

São pessoas com uma vida autónoma, que trabalham, tem actividades de lazer, alegrias e dificuldades familiares, tudo o que uma *pessoa normal* tem, ainda que vivam uma situação anómala a DRC (Monros, 2008, p 54) .

Um transplante para ter êxito é um compromisso a longo prazo entre a pessoa e as suas opções por estilos de vida saudáveis. Inclui uma componente de cuidados com o fim de implementar estratégias de adesão e capacitação para o regime terapêutico, e obriga a uma disponibilidade por parte dos profissionais para estarem sempre disponíveis para apoiar e resolver qualquer questão de que a pessoa necessite (Pujol & Arranz, 2008, p 203).

O transplante renal e a terapêutica imunossupressora a que estão sujeitos acaba por ser um factor que, mesmo que não limite a vida normal, exige adopção de estratégias para fazer frente à protecção de um bem precioso que cada uma destas pessoas tem, um rim a funcionar.

Sente-se um grande medo de perda ou rejeição do enxerto renal, um medo de *“regressar há prisão da diálise”*¹, este facto acaba por fazer com que a maioria não falhe as consultas de seguimento, e vá cumprindo o plano terapêutico.

Estas pessoas são verdadeiramente conhecedoras dos problemas da rejeição do enxerto, muitas delas conviveram com outras pessoas, durante anos, nos locais onde faziam diálise, que foram transplantadas e rejeitaram os enxertos.

Sabem que muitos correm bem, mas o contacto mais próximo é com quem teve intercorrências graves e teve que voltar à diálise, com todo o sofrimento que acarreta.

Não conheço a importância que estas pessoas dão à consulta de enfermagem pós TxR, mas senti que esta consulta é um dia que tem que ser, que ocupa muito tempo e que sendo uma rotina vai servir para ajustar a terapêutica, o que por si justifica a consulta. Facto que não me pareceu diminuir a importância das intervenções dos enfermeiros.

Esta percepção decorre depois de ter assistido às consultas médicas, por gentileza da médica que nesse dia fazia as consultas, e com a autorização de cada uma das pessoas consultadas.

Exemplo de estratégia de adaptação

A Sr.ª MJM, 64 anos, casada com filhos e netos, que cuida e acompanha diariamente, vive em quinta na zona de Azeitão. Com escolaridade universitária. Aposentada.

Fez HD durante 9 anos, e encontra-se transplantada desde há 4 anos.

Quando lhe perguntei pela medicação disse-me de cor, tal como é hábito neste tipo de pessoas.

A todos as pessoas em consulta de TxR é entregue um documento onde vai explicita a medicação, as dosagens e a posologia. Este documento é elaborado pelas enfermeiras da consulta de TxR, sendo constituído por uma folha A4 com um cabeçalho onde se encontra o logótipo do Hospital Garcia de Orta e diz *Consulta de Transplante Renal*.

Este documento é actualizado em todas as consultas em que existam alterações e é substituído quando se encontra danificado ou com muitas alterações que possam levar a equívocos.

¹ Esta frase foi-me dita deste modo por uma das pessoas, Sr. AR, com quem contactei nestes dias e que teve que ser internado por apresentar sinais de alteração da função renal do seu enxerto.

A Sr.^a MJM retirou o documento da carteira e disse-me que tinha que ser substituído porque estava já a desfazer-se.

Depois disse-me que esse documento anda sempre com ela na carteira, porque tinha medo de ir parar a alguma urgência e como não tinha nada que dissesse que era transplantada aquilo servia como informação caso não estivesse consciente.

Este exemplo configura uma estratégia de adaptação à doença, neste caso ao TxR, em que um documento orientador para a adesão terapêutica, resultante de um cuidado de enfermagem, se torna num *salvo-conduto* da situação de transplantado e da doença daquela pessoa num contexto de risco ou vulnerabilidade em que seja colocada, decorrente da necessidade de prestação de cuidados (Benner & Wrubel, 1989, p 1), e que lhe escape ao controlo.

Colheitas de Sangue

Numa actividade *tão simples*, se é que é simples esta actividade, como colher sangue tornou-se num ponto de reflexão e diga-se a verdade de stress.

A actividade de punção de acessos vasculares periféricos é uma actividade que domino na íntegra, tendo desenvolvido uma perícia e habilidade manual muito elevada. Neste ponto estou ao nível de perito, sendo mesmo um recurso no meu contexto de trabalho para a punção de pessoas com acessos difíceis.

Sou ainda portador da competência de escolher o acesso vascular periférico em função do objectivo da sua canalização.

Em situações de urgência/emergência, a necessidade de ter patente um acesso vascular periférico é muito grande. Encontra-se nas intervenções para promover a perfusão na ressuscitação em resposta ao algoritmo universal de abordagem da pessoa em estado crítico, ABCD², e tem três funções elementares (1) colheita de sangue para análises, hemograma bioquímica e coagulação, e tipar de grupo sanguíneo, (2) administração de fluidos e (3) administração de fármacos (Hoyt & Seffridge-Thomas, 2007, p 12), sendo que diariamente faz parte da minha prática.

A questão fundamental que me fez reflectir, tendo por base esta técnica que domino, foi a pessoa com DRC e a necessidade da preservação do património venoso traduzida na recomendação para os acessos vasculares, Guideline 7, da National Kidney Foundation / Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2000).

Por outro lado, quer na minha prática profissional quer no ensino clínico anterior, no Serviço de Nefrologia e Sala de Hemodiálise do Hospital Curry Cabral, tinha já contactado com o modo como as pessoas com DRCt *defendem* o seu património venoso e a relação que estabelecem com quem os vai puncionar.

Existindo também um nível elevado de desconfiança em relação a quem não conhecem, motivador de stress, e que dificulta a prestação de cuidados.

Estes dois factores colocavam-me pouco à vontade, ainda que não dificultasse o acto em si, perante cada uma das pessoas. Tenho a noção que a minha imagem, a qual se juntam alguns cabelos brancos, e pedir sempre autorização, de forma formal, para efectuar todo e qualquer procedimento ressalvando que está à vontade para preferir a Enf.^a Susana, foram as grandes ferramentas para o estabelecimento da relação confiança mínima.

² ABCD – Via aérea (A), respiração (B), circulação (C) e alterações neurológicas (D)

Sei também que ao fazer a colheita de sangue numa sala onde está outra pessoa a ser consultada, e a saída para a sala de espera, onde estas pessoas ficam a aguardar pelas consultas, em grupo, no caso de ter existido algum incidente *teria sido o meu fim*.

Esta pessoa conhecem-se todas umas às outras, algumas há anos, pois encontravam-se nos mesmos centros de hemodiálise, e tem um modo próprio para lidar com os profissionais de saúde consideram-nas como convidadas na sua vida e as regras que devem ser respeitadas são as das próprias pessoas e não dos profissionais (Fernandes, 2008, p 18).

Deste modo, qualquer comentário menos favorável, resultante de coisas tão simples como um hematoma no momento de puncionar, uma veia que não se consegue apanhar à primeira, uma hemostase mais difícil de conseguir seria o suficiente para um comentário na sala de espera, situação para a qual estava alertado mas que me criava algum desconforto.

Referências

Anes, E., & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático*(8), 67-82. Obtido de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-2009/pdfs/E-06-2009.pdf>

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.

Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. de C. H. M. (2008). Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulistana de Enfermagem*, 21(Número Especial), 179-189. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a08v21ns.pdf>

Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)

Henriques, V. (2009). Hemodiálise: Viver com qualidade ou viver com a qualidade. *Revista Nursing - Edição Portuguesa*, (251), 14-23. Obtido de http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3547:hemodialise-viver-com-qualidade-ou-viver-com-a-qualidade&catid=211:janeiro-a-fevereiro-2010

Hoyt, K. S., & Seffridge-Thomas, J. (Eds.). (2007). *Emergency Nursing Core Curriculum* (6th ed.). Missouri, United States of America: Saunders Elsevier.

Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 13(5), 670- 6. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a10.pdf>


Monros, A. M. (2008). Efectos Pricológicos de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). *Efermedade Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Prática Clínica* (pp 47-89). Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2000). NKF KDOQI Guidelines 2000. Guidelines for Vascular Access. Autores. Obtido de http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_updates/doqiupva_i.html#doqiupva1

National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Pujol, X. G., & Arranz, I. D. (2008). Transplante de Riñón. *Enfermedad Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Práctica Clínica* (pp 165-205). Luzen (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org

APÊNDICE XX – UDP Hospital de Dia

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

21 a 23 Novembro 2011

Hospital de Dia de Nefrologia

Unidade de Diálise Peritoneal (UDP).

Durante este dias prestei cuidados de enfermagem a pessoas com DRC em programa de DP e em transplante renal (TxR). Vou nesta texto apresentar as situações referentes à prestação de cuidados de enfermagem na UDP.

A UDP, em funcionamento desde [REDACTED], “registou nos últimos anos um crescimento qualitativo e quantitativo” (Direcção do Serviço de Nefrologia, 2011), tem neste momento um activo de 30 pessoas¹ nas várias modalidades de DP, a necessitarem de cuidados.

As instalações da UDP compreendem uma sala de enfermagem, onde são efectuados treinos de DP a pessoas e cuidadores em programa de DP, e um gabinete de consulta, instalações que são partilhadas com a consulta de pós transplante.

A UDP é dotada de duas enfermeiras a tempo inteiro que acumulando a prestação de cuidados e consulta de TxR.

Estas enfermeiras fazem a ponte logística do material necessário para a DP domiciliária, entre as pessoas em programa de DP e as firmas de material. Garantindo a continuidade do tratamento e a não existência de falhas.

Esta equipa é reforçada por mais uma enfermeira que faz as visitas e prestação de cuidados domiciliários para indução de DP em ambulatório.

Cuidados de Enfermagem em Diálise Peritoneal

A UDP é dotada de um corpo de enfermagem perito e altamente especializado em cuidados de enfermagem e pessoas com DRC estágio 5 (DRct) (NKF & KDOQI, 2002, p 44) em programa de substituição renal por DP.

Os tipos de DP são basicamente dois: *Diálise Peritoneal Ambulatória Continua* (DPAC), também dita diálise manual e *Diálise Peritoneal Automatizada* (DPA), na qual é utilizada uma cicladora, permitindo efectuar as trocas de forma automática (Heimbürger & Blake, 2010, p 312; Wong & Narbona, 2008, p 139).

¹ Dados constantes na base de informação das enfermeiras responsáveis pela UDP e cedidos gentilmente pela Enf.ª Anabela Alcobia e Enf.ª Clara Vasconcelos Simões.

Cada um destes dois tipos de DP necessita de cuidados de enfermagem de forma a capacitar a pessoa com DRcT e cuidadores para a sua autonomia, visto que esta terapia encontra-se assente no autocuidado (Wong & Narbona, 2008, p 159).

Estes cuidados assentam no desenvolvimento de competências da pessoa com DRcT em programa de DP, deste modo além da função de ajuda a competência fundamental em que as enfermeiras desta unidade são peritas é a “*função de educação e orientação*” (Benner, 2005, p 91).

Ensino em Diálise Peritoneal

Os ensinamentos em DP são os cuidados de enfermagem que mais ocupa as enfermeiras da UDP, e dos que necessitam de maior competência, porque, as pessoas a quem se dirige esta actividade encontram-se num estado de mudança muito grande, normalmente coincidindo com estar doente, que provoca medo e as põe vulneráveis (Benner, 2005, p 91).

Têm como fim a *capacitação*² da pessoa (Wilson, Kendal, & Brooks, 2007, p 426), facultando-lhe conhecimentos para gerir quotidianamente a sua situação, de modo que “*quaisquer alterações ou deterioração no seu estado possam ser rapidamente enfrentada, antes de evoluírem para uma situação aguda*” (Ordem dos Enfermeiros & International Council of Nurses, 2010, p 35), contribuindo para o princípio do respeito pela autonomia.

Os ensinamentos encontram-se planeados por sessões, dirigidas à pessoa e aos cuidadores, de modo a tornar a DP domiciliária uma forma autónoma e segura de tratamento da DRcT.

A segurança destes ensinamentos prende-se com a manipulação do cateter de DP e a conexão ao sistema de diálise, seja manual seja automático, prevenido a possibilidade de infecção, principal complicação da técnica (Leehey, Szeto, & Li, 2010, pp 383–404; Wong & Narbona, 2008, pp 148–159).

Esses ensinamentos estão divididos em grupos de acções para responder a itens, em cada umas das sessões a pessoa com DRcT a iniciar o programa de DP ou o cuidador são avaliados numa escala de 1 a 4 – (1) técnica incorrecta, (2) técnica com erros importantes, (3) técnica com poucos erros importantes, (4) técnica correcta – somando um mínimo de 40 pontos e um máximo de 150.

Apenas quando cada uma das pessoas, em programa de ensino, atinge os 150 pontos é que é considerada apta para efectuar autonomamente a DP. Para ser considerada apta, cada ensinamento é dirigido às actividades em que a pessoa apresenta mais dificuldade. O registo de cada ensinamento funciona como mapa evolutivo da aprendizagem, permitindo a transferência de cuidados entre as enfermeiras.

	Acções
Preparação	<ul style="list-style-type: none">• Preparação do ambiente (fechar janelas e portas, desligar ventiladores e limpeza da superfície de trabalho;• Preparação do material (agrupar todo o material necessário);• Barreira de protecção (colocação de mascaras e lavagem das mãos);• Abertura do material (abrir as embalagens sem tocar no seu interior).
DP Manual	<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar uma troca manual;• Barreiras de protecção (desinfecção das mãos);• Misturar as soluções e suspender a bolsa;• Como conectar o cateter à bolsa;• Realização de uma drenagem manual;• Como realizar o preenchimento da linha;

² Tradução livre de “*empowerment*”

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma infusão manual; • Como desconectar o cateter; • Observar as características do líquido drenado; • Calcular a ultrafiltração (UF).
DP Automatizada	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demonstrar um tratamento automatizado;</i> • Inserir o cartão; • Ligar a cicladora; • Barreiras de protecção (desinfecção das mãos); • Misturar as soluções e pendurar a bolsa; • Inserir a cassete/ sistema; • Conectar saco de drenagem; • Realizar preenchimento da linha; • Barreiras de protecção (colocação de máscara, lavagens das mãos e desinfecção das mãos); • Conectar o cateter; • Iniciar tratamento; • Fim de tratamento; • Desmontar a cicladora; • Interpretação do resultado do tratamento (UF); • Observar as características do líquido dialisado; • Eliminação de lixo.
Alarmes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demonstração dos alarmes mais comuns;</i> • “Ver linha do paciente”; • “Baixo Volume de Drenagem”; • Fazer “Avançar”; • “Falha de Energia”.
Orifício	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Demonstração dos cuidados ao orifício;</i> • Executar cuidados ao orifício de saída (Limpeza com Soro Fisiológico e aplicação de penso).
Complicações	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar sinais de infecção do orifício de saída; • Identificar sinais e sintomas de Peritonite; • Identificar a presença de fibrina no dialisado; • Saber administrar terapêutico intra-peritoneal; • Actuar em caso de ruptura ou conspurcação do cateter.
Informar Sobre	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de enfermagem; • Consulta médica; • Consulta Dietista; • Apoio de Enfermagem 24h; • Apoio Técnico 24h.

Fonte: “Ensino em Diálise Peritoneal” – Unidade de Diálise Peritoneal, Serviço de Nefrologia, Hospital Garcia de Orta.

Todos estes ensinamentos a pessoas com DRC e cuidadores, forma para mim também um momento de aprendizagem, no sentido que ao observar os ensinamentos acabei por interiorizar todos estes passos e permitir-me efectuar trocas manuais de DP em doentes internados, com a autorização dos mesmos e sob supervisão das Enfermeiras da UDP.

Senti também que a grande diferença entre a minha aprendizagem e as aprendizagens de todas estas pessoas residia num ponto, eu não ter DRCT e não necessitar de efectuar DP, ainda que tenha conhecimentos e destreza manual que me permitam não me preocupar com determinados pontos da aprendizagem.

Registos de Enfermagem

Os registos de enfermagem ainda são efectuados manualmente nos processos de cada uma das pessoas.

Além dos dados gerais, referentes a cada uma das pessoas, que permitam elencar cuidados de enfermagem, são registados dados referentes aos cuidados específicos da DP, tais como tensão arterial, peso, edemas, diurese, UF média, classificação do orifício, cuidados ao orifício, esquema de DP, intercorrências no tratamento, necessidades de ensino, presença ou ausência de peritonite e de infecção no orifício/túnel.

Situações especiais

Em caso de sinais ou sintomas de infecção ou peritonite, ou em caso de quebra de segurança na conexão ou desconexão do sistema de DP, todas as pessoas estão informadas que devem de imediato dirigir-se à UDP para procedimento de tratamento.

As enfermeiras da UDP, e na ausência os enfermeiros do Serviço, têm competência para iniciar os protocolos, instituído na UDP, para cada uma das situações excepcionais.

Apoio domiciliário

Não acompanhei a visita domiciliária, por uma questão de o único dia em que estava programado uma foi-me completamente impossível estar presente.

De qualquer modo um dos ensinamentos que acompanhei desde do início, o da Sr.^a SF³, compreendia necessidade deste apoio e acompanhei a programação dessa visita entre as enfermeiras que tinham efectuado os ensinamentos e a enfermeira que efectuou a visita.

Além de verificar as condições domiciliárias e as adaptações necessárias para efectuar DP em casa a enfermeira acompanha a primeira mudança de DPCA ou a primeira conexão em DPA.

Na situação da Sr.^a SF, que teve uma aquisição de conhecimentos muito rápida, e que se encontrava planeado programa de DPA, a visita domiciliária para a primeira conexão pareceu-me o corolário de relação de confiança entre esta jovem senhora, a sua mãe e as enfermeiras peritas e cuidadoras.

Até atingir o nível de competente cada uma das pessoas, que passa por este processo, deve sentir um medo incalculável.

Imaginar a pessoa *ligada pelo umbigo*, a uma máquina que vai passar toda a noite a infundir e a drenar líquido, fazendo algum barulho e por vezes disparando alarmes calculo que seja um verdadeiro terror.

O trabalhar as habilidades e perícias que constroem a competência (Boterf, 2006), tornando a pessoa autónoma na prática diária, é o centro de todos estes cuidados de enfermagem e tem por base a relação de confiança entre a pessoa e os enfermeiros.

Eventos Críticos

Neste ponto vou apresentar duas situações que contribuíram para aprendizagem durante o ensino clínico na UDP.

Apresentarei a reflexão destes eventos críticos segundo a metodologia de análise do *Ciclo de Gibbs*, onde estão incluídos os pontos (1) Descrição, (2) Sentimentos, (3) Avaliação, (4) Análise, (5) Conclusão e (6) Planear acção.

Os dois eventos têm a ver com pessoas com DRct em programa de DP, uma manual e uma automatizada, que encontrando-se a viver uma situação crítica uma no Serviço de Urgência (SU) - *Evento SU* - e a outra na Unidade de Cuidados Intensivos Coronária (UniCor) – *Evento UniCor*.

³ Relatado no diário de DP e TxR de dia 8 de Novembro.

Estes dois eventos têm em comum passarem-se com pessoas com DRct em DP há muitos anos, dominando por completo a sua situação de DRC e a técnica de DP, o que as torna preitos

O conceito de *pessoa com doença crónica - perito*, ainda novo, estipula o pressuposto que “*Os indivíduos afectados por doenças crónicas ao longo de vários anos, são susceptíveis de desenvolver competências na gestão da sua condição*”⁴ (Wilson et al., 2007, p 428), assentando nas competências individuais, próximo do definido por Benner, segundo o *Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências* (Dreyfus, 1986. Cit in Benner, 2005, p 18), que se aplica aos profissionais e em particular aos enfermeiros.

Apesar desta premissa, a *pessoa com doença crónica – perito* confiam nos profissionais, por via de lhes reconhecerem competências para, através do seu saber, o ajudar na resolução dos seus problemas.

Evento SU

Descrição

Sr. AMM, 81 anos. Casado.

DRct em programa de DPCA há dez anos, com 3 trocas diárias. Apenas com um episódio de peritonite durante este tempo de DP.

Doença cardíaca, com síndrome coronário agudo (SCA) há menos de uma de um ano, medicado. Mantém uma relação de muita confiança e de grande respeito com as enfermeiras do Serviço de Nefrologia.

Deu entrada no SU com queixa de apresentação sensação de falta de ar, mal-estar inespecífico, dor torácica ao centro do peito desde há três dias, com agravamento da dor à inspiração.

Triado segundo o *Protocolo de Triagem de Manchester* (Freitas, 1997), sendo atribuído uma prioridade de pouco urgente, cor verde, com tempo alvo de observação médica de duas horas.

Assim que o Sr. AMM deu entrada no SU a esposa foi à UDP informar as enfermeiras do que se passava e da necessidade de efectuar uma troca por volta das 14h.

Durante a troca o Sr. AMM referiu um agravamento da dor torácica, e pediu para se chamar a esposa que tinha os comprimidos de nitroglicerina, para por um sub-lingual. Dissemos que não podíamos fazer isso e que iria chamar o médico do SU.

Estava num domínio meu, avalei os parâmetros vitais e validei as queixas, foi procurar o Enf.⁹ responsável pelo Sr. AMM informando-o da necessidade de um médico o observar o Sr. AMM.

Junto ao Sr. AMM, fiz o resumo do que se estava a passar e o médico fez o diagnóstico e deu a indicação terapêutica, que aliviou o senhor.

Sentimentos

Já tinha visitado o SU do HGO, dias antes acompanhado por um colega que aí trabalha. Eu que trabalho num SU fiquei um surpreendido com a grande quantidade de pessoas em observação neste SU e com as condições físicas e de falta de privacidade. Uma realidade completamente diferente.

Ir a um SU prestar cuidados de enfermagem numa perspectiva que não a abordagem à pessoa em situação crítica, mas acompanhar a Enf. Anabela Simões⁵ na prestação de um cuidado de perito em DP, foi uma sensação muito forte.

⁴ Tradução livre: “*that individuals affected by chronic illness over a number of years are likely to develop expertise in managing their condition*”.

⁵ Enfermeira responsável pela UDP

Ao chegarmos ao SU a esposa do Sr. AMM viu a Enf.^a Anabela e de imediato a chamou pelo nome como *velhas amigas conhecidas*, no fundo sinal de confiança estabelecida durante anos.

Avaliação

Neste episódio existe um verdadeiro centro na pessoa com DRC, e não na situação que o leva ao SU.

A necessidade de proceder à troca de DP, em ambiente isolado, respeitando todas as acções acima descritas, obrigou a levar o Sr. AMM para uma sala onde não estivesse mais ninguém e durante 30 a 40 minutos essa sala ficar indisponível para o SU. Este facto foi também motivo de alguma tensão com alguns médicos do SU.

Ao proceder à troca de DP, cumprimos com os procedimentos descritos acima, tínhamos todos máscara e a porta estava fechada. A entrada do médico e do enfermeiro do SU na sala onde estávamos, foi feita segundo as nossas regras e não as dos donos da casa.

Análise

Ao proceder-se à troca, mesmo apresentado um mal-estar muito grande, foi o desabafar com alguém com quem se têm confiança da sua situação.

Esta confiança, é construída na base da relação terapêutica, suportada pela função de ajuda em que as pessoas procuram junto das enfermeiras e que não esperam de outros profissionais (Benner, 2005, p 67).

Ainda que o Sr. AMM não me conhecesse sabia que ao estar a acompanhar a Enf.^a Anabela era à UDP que me ligava. Ao ver a forma como passei a informação ao enfermeiro e médico do SU e como eles confiaram na minha palavra e avaliação permitiu iniciar uma relação terapêutica imediata.

No fundo aproveitei a transferência da perícia da Enf.^a Anabela no domínio da DRC, que de todo não são as minhas, somado às minhas competências de prestação de cuidados no contexto de SU, me fizeram actuar como perito e centrar este evento não na situação mas na pessoa com DRC, funcionando como coordenador de outros especialistas (Benner, 2005, p 117).

Conclusão

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a pessoas com DRT, permitiu-me melhor compreender a pessoa que se encontra em situação crítica num contexto que domino.

A relação terapêutica que este evento me fez viver, foi completamente distinta do meu dia-a-dia no SU.

Planear acção

Este evento crítico permitiu-me compreender, de uma outra forma, a pessoa com doença crónica, autónoma no seu processo de gestão da doença, a atravessar um período em que se encontra doente.

Evento UniCor

Descrição

Sr. CS, 65 anos. Solteiro.

DRCT em programa de DPA há 5 anos com ciladora Baxter.

Portador de doença cardíaca com *cardioversor desfibrilhador implantável* (CDI) (Calvagna, 2010), desde há dois anos com 7 eventos de desfibrilhação.

Internado por suspeita de infecção sem origem definida, foi alvo do protocolo do Serviço para peritonite, que manteve, ainda que a contagem de células e a análise microbiana do drenado do peritонеu não fosse indicador de peritonite (Leehey et al., 2010, p 385).

Manteve DPA durante o internamento.

Ao fim de 3 dias de internamento, já com alta, ao sair do Serviço apresenta evento de síncope por fibrilhação ventricular com disparo do CDI.

Foram prestados os cuidados de emergência e transferido para a Unidade de Cuidados intensivos do Serviço de Cardiologia (UniCor).

A evolução do evento cardíaco foi favorável, mas manteve a indicação de permanecer na UniCor. Manteve também o protocolo de peritonite, fazendo as trocas automáticas com antibiótico no dializante.

A cicladora e a antibioterapia do dializante são preparadas pelas enfermeiras da UDP, ficando pronta para conexão na UniCor, junto à unidade do Sr. CS.

Às 21 horas uma das enfermeiras do Serviço vai à UniCor ligar a cicladora e conectar o Sr. CS, de manhã uma das enfermeiras da UDP desconecta e efectua os cuidados necessários a esse procedimento.

Os enfermeiros da UniCor em caso de necessidade para resolução intercorrências telefonam para o Serviço e uma enfermeira desloca-se para resolver a situação.

Na manhã seguinte do Sr. CS, não esperou que a enfermeira da UDP viesse fazer a desconexão e insistiu com as enfermeiras para elas a fazerem, dizendo que não tinha nada que saber que ele fazia isso todos os dias em casa.

Com as indicações do Sr. CS, as enfermeiras da UniCor efectuaram a desconexão do cateter e desligaram a cicladora.

Sentimentos

O ponto de reflexão mais significativo deste evento é a questão da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente tecnologicamente avançado.

A necessidade de efectuar julgamentos rápidos baseados no conhecimento e relação de vários domínios para poder levar um cuidado adequado, fica sem dúvida alterado tendo em conta que a situação de DP não é do domínio dos colegas da UniCor.

Fazendo a transferência deste acontecimento para a minha realidade e pensar que no meu contexto o mesmo poderia acontecer, sem ter ajuda de um preito na área, as implicações que este facto poderia ter no cuidado a uma pessoa com DRC e a situação em que a poderia colocar.

Avaliação

Num ambiente tecnologicamente tão desenvolvido, com profissionais competentes na prestação de cuidados intensivos, com margem mínima para o erro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p 1), um procedimento, efectuado por todas as pessoas com DRct em programa de DP, constitui fonte de dificuldade.

A pessoa com DRct em programa de DP, está munida de uma quantidade de conhecimentos e vivências que a tornam perito e autónoma na sua vida, mas por uma situação inesperada ficam dependentes de cuidados de terceiros, ficando também numa posição de vulnerabilidade.

Análise

Esta situação, tal como muitas outras envolvendo pessoas com DRct, põem em evidência a necessidade de conhecer a pessoa e reconhecer um passado com elevados níveis de conhecimentos para a resolução de problemas de saúde.

A situação em que o Sr. CS se encontra, como experiência de estar doente, não determina o significado da vida mesmo com a DRC, a compreensão da diferença deste fenómeno é fundamental para a prestação de cuidados que construam pontes entre a pessoa e os enfermeiros (Benner & Wrubel, 1989, p 11).

Conclusão

Aceitar a vivência do outro, pessoa a quem é dirigido o cuidado, em cuidados intensivos ou em urgência como parceiro de cuidados não é novidade.

A grande dificuldade é integrar o conhecimento da pessoa e reconhecer-lhe a competência de perito.

A relação da pessoa com DRCt com os enfermeiros, é relação de proximidade, com conhecimento da forma de trabalhar de cada enfermeiro, o dá ao *pessoa com DRCt – perito* poder na relação de interacção, pela possibilidade de existência de um controlo. Já os Enfermeiros não admitem a existência destes poder por parte dos clientes, uma vez que não lhes reconhecem competências para se pronunciarem sobre a execução do seu trabalho (Fernandes, 2008).

Planear acção

Viver e compreender os programas de ensino da UDP, assim como a relação terapêutica de confiança que se estabelece entre as enfermeiras e as pessoas com DRCt visando a sua capacitação, contribuirá para uma visão completamente diferente da prestação de cuidados em situações de urgência e ou emergência.

Referências

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York - USA: Springer Publishing Company, LLC.


Boterf, G. L. (2006). Avaliar a competência de um profissional - Três dimensões a explorar. *Pessoal*, (46), 60-63. Obtido de <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>

Calvagna, M. (2010, Dezembro). Automatic Cardioverter Defibrillator Implantation. EBSCO Publishing. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2009534543&site=nrc-live>

Direcção do Serviço de Nefrologia (Ed.). (2011). Plano de Acção 2011. Serviço de Nefrologia.

- Fernandes, M. A. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 13-23. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_13-23(4).pdf)
- Freitas, P. (Ed.). (1997). *Triagem no Serviço de Urgência - Grupo de Triagem de Manchester*. sl: Grupo Português de Triagem.
- Heimbürger, O., & Blake, P. G. (2010). Aparelhos para Diálise Peritoneal. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 312-344). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Leehey, D. J., Szeto, C.-C., & Li, P. K.-T. (2010). Peritonite e Infecção no Local de Saída. *Manual de Diálise (Original 2007)* (4th ed., pp 383-404). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org
- Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses (Eds.). (2010). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Wilson, P. M., Kendal, S., & Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community*, 15(5), 426-438. doi:10.1111/j.1365-2425.2007.00701.x
- Wong, T. M. H., & Narbona, E. B. (2008). Diálisis Peritoneal. *Enfermedad Renal Crónica (Estadios 4-5). Guía de Práctica Clínica* (pp 131-162). European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA). Obtido de www.edtnaerca.org

APÊNDICE XXI – Estudo de Caso “Viver com DRCh”

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Diário do Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

9 Novembro 2011

Enfermaria

Turno da Tarde (16:00h – 23:00h)

Este foi o dia e o turno em que iniciei a colheita de dados com vista ao estudo de caso. O relato e reflexões vão incluir dados que fui discutindo e verificando ao longo dos dias em que prestei cuidados ao Sr. JMM, em parceria com a enfermeira orientadora.

Estudo de Caso

Preâmbulo

Este estudo de caso tem como fim demonstrar o desenvolvimento de competências clínicas a decorrer no ensino clínico da Unidade Curricular, a partir da história de vida, com a sua componente clínica, de uma pessoa com doença renal crónica (DRC) integrando os conhecimentos teóricos sobre enfermagem nefrológica.

Será utilizado a metodologia do estudo de caso de forma a integração de fontes múltiplas de conhecimentos, partindo de um contexto real, isolando variáveis que se pertencem estudar (Carmo & Ferreira, 2008, pp 234–235).

Esta metodologia permite integrar a prática baseada na evidência na tomada da decisão clínica, no sentido em que os cuidados de enfermagem envolvem uma variedade de intervenções para o desenvolvimento de perícias (Craig & Smyth, 2004, p 10).

Como referencial teórico de enfermagem utilizarei as autoras Benner & Wrubel (1989).

Os registos e o plano de cuidados na Instituição têm por base a linguagem CIPE® Versão Beta 2 (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

A pessoa sujeito deste estudo de caso, Sr. JMM, tem uma longa história de DRC, tendo passado por diversas fases de tratamento de substituição renal, incluindo o transplante renal.

Como factor facilitador deste estudo de caso, foi a relação de confiança que a Enf.ª Susana Duarte¹ tem com o Sr. JMM.

A Enf.ª Susana ao apresentar-nos fez a ponte para o pedido informal de autorização para este estudo de caso.

¹ Designarei por Enf. Susana.

Quando nos conhecemos, o Sr. JMM encontrava-se há trinta dias em isolamento, sendo o acesso ao quarto feito sempre com equipamento de protecção individual (EPI).

Descrição da Pessoa e Situação

JMM, género masculino, 53 anos, solteiro.

Vive no distrito de Évora, mantendo actividade como trabalhador rural na sua propriedade.

A mãe e um irmão vivem num monte perto de Évora, onde o Sr. JMM trabalha.

O pai faleceu há quarenta anos de neoplasia gástrica, em estado muito debilitado.

O Sr. JMM teve também uma irmã que faleceu com trinta anos, há menos de vinte anos, com neoplasia da mama, sujeita a mastectomia e a quimioterapia. Este facto marcou-o fortemente pelo facto de ter acompanhado a irmã em grande parte do processo.

O Sr. JMM é o que se pode dizer um homem bem-disposto mas de difícil relação, ainda que seja fácil a conversa é bastante reservado, observador e controla toda a sua vida, o mais que pode, utilizando variados mecanismos.

Exame Objectivo

Encontra-se emagrecido com pele pálida e tom ligeiramente acinzentado.

Desde há uma semana perda progressiva de cabelo, que coincide com início de ciclo de quimioterapia.

Pele integra, ainda que apresente uma lesão no metacarpo direito por extravasamento de citoestático.

Ferida cirúrgica de nefrotomia do enxerto bem cicatrizada, na fossa ilíaca direita, ainda que apresente ligeira tumefacção.

Deambula pelo quarto, apresentando discreta diminuição da força á esquerda.

Auto cuida-se.

Refere não gostar da comida do hospital, sendo que se considera muito “*esquisito*”, no que se trata de comida e refeições.

Antecedentes

- DRC, estágio 5 (DRcT) (NKF & KDOQI, 2002, p 44), com causa em nefroangiosclerose (Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011, p 55).
- Efectuou diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) de 28 de Setembro de 2004 até 29 de Dezembro de 2010, data em que foi transplantado com rim de dador cadáver. Diurese imediata com descida rápida dos valores de creatinina até Julho de 2011.
- HTA grave desde os 18 anos, de difícil controlo, actualmente melhor controlada com medicação.
- Dislipidémia.
- Hipertirodismo secundário (PTH pré transplante 818).
- Acidente vascular cerebral (AVC) em Dezembro de 2008 com hemiparésisa esquerda parcial, com recuperação quase total.
- Sem hábitos alcoólicos ou tabágicos.

História Clínica Actual

A 4 de Julho o Sr. JMM encontra-se bem, mas a função renal tem vindo a degradar-se com valor da creatinina a aumentar. Esta situação corre com a necessidade clínica de diminuição da

imunossupressão, no caso *micofenolato mofetil*², por leucopénia grave e evidência de replicação viral de *Epstein-Barr* (EBV) sanguínea, ainda que a *reação em cadeia da polimerase* (PCR) para *citomegalovirus* (CMV) fosse negativa (Fletcher, Nankivell, & Alexander, 2009)

Nesta altura por suspeita de rejeição fez empiricamente 5 pulsos³ de *metilprednisolona*⁴ (MTP) (Beimler & Zeier, 2009, p 24)

Fez biopsia do enxerto que revelou rejeição celular aguda *grau I A Banff* (Sementilli et al., 2008, p 296).

Com esta terapêutica há uma melhoria e o SR. JMM tem alta clínica ao fim de poucos dias.

- 21 de Julho

Por novo agravamento da função renal é internado.

Ecograficamente o enxerto renal apresenta-se muito globoso, com 15 cm no seu eixo maior, sem hidronefrose e presença de massa hilar com cerca de 3 a 4 cm de espessura.

Fez mais 3 pulsos de MPT, por suspeita de rejeição aguda, com melhoria rápida da função renal, creatinina (Cr) passa de 1,6 para 1,1 mg/dl.

Biopsia do enxerto é inconclusivo mostrando infiltrado intersticial frustre podendo corresponder a rejeição celular aguda ou a nefrite por EBV.

- 31 de Julho

Novo agravamento da função renal, com oligoanúria e necessidade de início de técnica dialítica.

Ecografia do enxerto excluiu componente obstrutiva, mas revela manutenção do enxerto muito globoso e massa para hilar heterogénea de 4 cm, coincidindo com níveis de imunossupressão muito baixos. Ecodoppler do enxerto exclui trombose vascular.

- 2 de Agosto

Novo pulso de MTP sem melhoras ao fim de 5 dias pelo que inicia *timoglobina*⁵. Ao fim de dois dias de administração esta terapêutica é suspensa, tal como a diálise, por recuperação da diurese e descida da Cr para 1,2mg/dl.

- 5 de Agosto

Para esclarecimento da massa para hilar do enxerto realizou ressonância núcleo-magnética (RNM), que revelou “a nível para hilar inferior uma imagem grosseiramente nodular com cerca de 66x80 mm de maiores eixos, aparentemente não hídrica, sem evidência segura de componente hemático tardio”.

- 6 de Agosto

Inicia quadro de febre, 38,9°C, com calafrio, iniciando empiricamente *vancomicina*⁶ e *meropenem*⁷, posteriormente alterado para *ceftriaxone*⁸ que manteve durante 21 dias, segundo

² Fonte: Agência Europeia do Medicamento (2011)
http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000882/WC500031269.pdf

³ Tradução livre de Pulse Dosing, utilizada no Serviço.

⁴ Fonte: INFARMED (2008)
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7991&tipo_doc=fi

⁵ Fonte: INFARMED (2010)
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8480&tipo_doc=fi

⁶ Fonte: INFARMED (2010)
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46793&tipo_doc=fi

⁷ Fonte: INFARMED (2009)
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5464&tipo_doc=fi

⁸ Fonte: INFARMED (2010)
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9837&tipo_doc=fi

antibiograma realizado, isolando-se *morganella morganii* nas hemoculturas e *proteus mirabilis* na urina.

Pelo conjunto de achados descritos e tratando-se de uma lesão sólida renal não existente há 6 meses, considerando o contexto clínico do Sr. JMM, é colocada a hipótese de diagnóstico de *linfoma do enxerto*.

- 16 de Agosto

Feita biopsia da massa para hilar, dirigida por tomografia axial computadorizada (TAC), que mostrou tecido necrosado em toda a sua extensão sem evidencia de tecido linfóide compatível com linfoma.

Neste dia há um novo agravamento clínico com quadro de oligoanúria súbito. Ecodoppler do enxerto revela vasos do enxerto permeáveis e ecograficamente discreta uretrohidronefrose. Desde este momento nunca mais recuperou a diurese.

Foi-lhe diagnosticado insuficiência renal osbtrutiva por massa para hilar do enxerto com compressão uretral, sendo que os especialistas de urologia acharam o diagnóstico pouco provável e não útil colocar stent uretral ou nefrostomia.

Do ponto de vista virológico há evidência da replicação viral de múltiplos agentes oportunistas, com aumento da PCR para CMV, EBV e *polyomavirus hominis tipo I* (BKV) (Fletcher et al., 2009, p 24).

O Sr. JMM apresentava-se nesta altura muito emagrecido, anorexia marcada pelo que é decidido pela equipa médica a diminuição franca da imunossupressão.

Manteve-se anurico e diálise dependente.

10 de Setembro

Aparecimento de leucopénia grave com necessidade de fazer várias administrações de *filgrastim*⁹, com pouco *rendimento*.

- 14 de Setembro

Perante a debilidade clínica, a não recuperação da função renal e sem diagnóstico que justificasse o quadro clínico decidiu-se fazer enxertectomia e suspender a imunossupressão.

No acto cirúrgico identificou-se volumosa massa pélvica pética, de 15cm, com infiltrado uretral e do enxerto renal. Histologia compatível com distúrbio linfoproliferativo pós transplante com expressão EBV, com invasão do enxerto e uretro distal.

- 29 de Setembro

É efectuado mielograma que mostrou celularidade total no limite superior da normalidade com uma relação mieloide/eritoide conservada. Biópsia óssea com material escasso para o diagnóstico.

Realizou TAC toraco-abdominal-pelvico que excluiu doença disseminada, mostrando massa na fossa ilíaca direita/hematoma da loca do enxerto, provavelmente por infecção.

- 4 de Outubro

Efectua ecocardiograma transtorácico para decisão de início de quimioterapia (QT), que revela boa função sistólica do ventrículo esquerdo.

- 8 de Outubro

O Sr. JMM inicia novo quadro de febre alta (39/40°C), sem grande repercussão clínica, e dor na fossa ilíaca direita. Rx tórax sem alterações, hemoculturas seriadas negativas.

⁹ Fonte: INFARMED (2011)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35352&tipo_doc=fi

Fez novo TAC abdómen-pelvico que mostrou hematoma da loca cirúrgica de enxertectomia, com características de se encontrar infectado. Fez punção aspirativa do hematoma, sob controlo ecográfico, com saída de sangue vivo. No exame cultural isolou-se *streptococcus epidermidis multirresistentes*, tendo sido prescrito *vancomicina*, que cumpriu durante 20 dias, e *piperacilina com tazobactam*¹⁰ e *gentamicina*¹¹, durante 14 dias.

As hemoculturas seriadas foram negativas. O hematoma foi drenado dia 19 de Outubro sem interferências.

- 27 de Outubro

Iniciou ciclo de quimioterapia, após controlo da infecção.

Verificou-se aplasia medular grave com necessidade de administração de 7 fórmulas, no total, de filgrastim, com subida de leucócitos e suporte transfusional eritrocitário múltiplo por anemia.

- 6 de Novembro

Isolou-se enterococos faecalis no exsudado do orifício do cateter de DP. Iniciou ampicilina¹².

- Outras interferências durante o internamento

Desencadeou diabetes melitus pós transplante com necessidade de insulino terapia, tendo normalizado as glicemias com a diminuição da prednisolona. Actualmente sem necessidade terapêutica.

Transitoriamente esteve a fazer hemodiálise (HD) para melhoria rápida e eficácia dialítica. Foi suspensa por infecção do cateter provisório de HD à esquerda, apresentando ausência ecográfica da veia jugular direita reiniciou DPA.

Durante o internamento, e em especial após necessidade de isolamento, desenvolveu síndrome depressivo reactivo. Foi observado por especialista de psiquiatria e medicado com mirtazapina¹³. Por decisão própria, é transferido para o Hospital [REDACTED], hospital da área de residência, para continuação de QT, após decisão do Sr. JMM, no dia 17 de Novembro.

Plano de Cuidados

Neste ponto será apresentada uma súmula do plano de cuidados prestados e registados durante o internamento do Sr. JMM, e que estavam levantados a quando da alta.

Este plano de cuidados fez parte da carta de alta de enfermagem, para orientação dos colegas do hospital de destino.

Diagnósticos de Enfermagem

Os Diagnósticos de Enfermagem, feitos pelos fenómenos de enfermagem serão apresentados com base nos eixos *Foco da Prática de Enfermagem* e *Eixo do Juízo ou Eixo da Probabilidade*, e são elaborados segundo o perfil de CIPE® do Serviço (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003).

Eixo Foco da Prática de Enfermagem

Infecção

Úlcera de pressão

Eixo Juízo ou Eixo da Probabilidade

Risco de infecção no corpo como um todo – imunossupressão

Risco de úlcera de pressão

¹⁰ Fonte: INFARMED (2011)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8309&tipo_doc=fi

¹¹ Fonte: INFARMED (2006)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=3884&tipo_doc=fi

¹² Fonte: INFARMED

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=32994&tipo_doc=rcm

¹³ Fonte: INFARMED

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=36048&tipo_doc=fi

Queda	Risco de queda
Obstipação	Risco de obstipação
Metabolismo energético	Risco de metabolismo energético

Intervenções de Enfermagem

As Intervenções de Enfermagem, enquanto acções realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, são compostas pelos conceitos contidos nos Eixos da Classificação das Acções. Serão apresentados de forma listada, sendo que foram verificados em cada um dos turnos com as respectivas observações necessárias à sua caracterização, observações essa que não constaram desta relação (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003, p xix).

<i>Tipo de Acção</i>	<i>Alvo, Recurso, Tempo, Topologia, Localização, Via e Beneficiário</i>
Executar	Executar tratamentos à ferida cirúrgica - SOS Cateter de DP no abdómen - Escutar tratamento ao local de inserção do cateter - SOS Trocar cateter venoso periférico – SOS
Gerir	Manter medidas de prevenção de contaminação – Neutrópénico – Sem horário Optimizar cateter peritoneal – Abdómen - T: 8/16,16/23,23/8 Optimizar cateter venoso periférico – Sem horário
Observar	Vigiar penso de ferida – Orifício de saída de cateter de DP – Sem horário Vigiar pele – Sem horário Monitorizar a dor através da escala de dor – Sem horário Monitorizar a frequência cardíaca – 12h; 22h Monitorizar a temperatura corporal – 6h; 12h Monitorizar a tensão arterial – 12h; 22h Monitorizar a glicemia capilar – 9h; 12h; 18h Vigiar a eliminação intestinal – Sem horário Monitorizar o peso corporal – 10h Monitorizar entrada e saída de líquidos – DP 2,3% 2 litros – 9h; 14h; 18h; 22h Vigiar dor – Sem horário Vigiar sinais de hipoglicémia – Sem horário
Informar	Informar sobre tratamentos Instruir sobre regime medicamentos Treinar a auto-administração de medicamento

Transferência de Cuidados

Quando os doentes são transferidos para outros serviços ou unidades, ou quando têm alta é procedimento habitual os enfermeiros elaborarem uma carta de transferência ou de alta, com os principais cuidados e intervenções de enfermagem.

No caso do Sr. JMM, esta foi elaborada a partir do sistema de apoio à prática de Enfermagem¹⁴ (SAPE).

Mas pelo facto do internamento ter sido longo e as questões mais centrais dos cuidados relacionados com a DP poderem não ter ficado completamente claros com a informação contida no SAPE, fez-se um resumo corrido do internamento.

¹⁴ Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP (2010). *Sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE)*. <http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>

Um outro cuidado, que demonstra a elevada perícia e compreensão dos fenómenos específicos relacionados com a questão da pessoa com DRC com necessidade de cuidados de enfermagem, foi o contacto telefónico entre a Enf.^a Susana e uma Enfermeira do Serviço para onde o Sr. JMM foi transferido. Assegurando deste modo que não existiriam falhas de transferência de cuidados.

Pontos Críticos

Neste ponto farei um inventário de pontos críticos, que contribuíram para a reflexão da prática durante este ensino clínico.

Estes pontos críticos foram alvo de discussão com a Enf.^a Susana, de forma a compreender a sua percepção de perita, para a resolução e suporte da pessoa enquanto sujeito do cuidado, o de *“tornar o que geralmente é abominável e inacessível em algo interpretável e acessível”* (Benner & Wrubel, 1989, p 13).

Estes pontos críticos permitem uma ligação entre o cuidar de enfermagem e o desenvolvimento de competências tendo como referência o perfil de competências do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011, 18 de Fevereiro) e as competências propostas pela EDTNA/ERCA no contexto de enfermagem nefrológica (Thomas, Küntzle, & McCann, 2004).

Isolamento

O isolamento a que o Sr. JMM se encontrava sujeito, e que durou cerca de dois meses, foi para mim uma novidade em termos de concepção de cuidados de enfermagem.

O Sr. JMM, pessoa que vive com uma doença crónica desde há dez anos, encontra-se a passar um momento de extrema dificuldade não apenas por *estar doente*, mas essencialmente por não controlar as coisas à sua maneira.

A vida fica confinada a um quarto com casa de banho, uma janela para um pátio interno virada a noroeste, onde o sol só dá ao fim do dia, um televisor com 4 canais e um telemóvel.

Mantém contacto com os familiares via telemóvel, tendo visitas de pessoas amigas da família que moram mais perto do hospital, ainda que as visitas sejam restritas e obrigadas a medidas de protecção individual.

As intervenções de enfermagem são maioritariamente de monitorização e vigilância, além da torcas de DP, o que acaba por limitar muito o contacto do Sr. JMM com os profissionais que têm que se equipar cada vez que entram no quarto.

Toda a entrada no quarto, e em especial de pessoas com quem simpatiza, por exemplo a Enf.^a Susana, é motivo para conversa animada, troca de confidências ou desabafos em relação a cuidados prestados por outros colegas.

O Sr. JMM compreendeu que a Enf.^a Susana é uma das enfermeiras de referência do serviço. Tem muita confiança nela do ponto de vista técnico e como pessoa, sabe que nesta troca de conversas ao contar alguns pormenores sobre cuidados que não lhe agradaram, a Enf.^a Susana vai acabar por corrigir a colegas mais novas, sem ninguém denunciar ninguém, quase um pacto. É com estas conversas, no fundo este cuidar, que a Enf.^a Susana faz questão de manter logo no início do turno, até porque o Sr. JMM sabe quando ela está no serviço, que se constrói a relação de confiança só pelo simples facto *“de estar com o doente”* (Benner, 2005, p 74), numa situação em que a pessoa não pode estar com ninguém por sua iniciativa.

O mesmo se passará com outros elementos do Serviço, este é o mecanismo que é utilizado para poder viver a sua situação num meio de risco e de vulnerabilidade em que se encontra ao ser cuidado (Benner & Wrubel, 1989, p 1).

No dia em que o Sr. JMM teve alta, este viu-me pela primeira vez sem máscara, verificando que uso bigode e pêra, facto que comentou com espanto, o que para mim foi como um choque.

Como é que era possível ter passado tanto tempo com uma pessoa, e os cuidados como a conexão e manutenção da DP obrigavam a uma proximidade grande, e esta pessoa não conhecer se quer a minha imagem.

Alimentação

As visitas trazem comida para o utente, facto que acaba por ser também factor de stress pois a situação de neutropénia grave obriga a uma dieta sem alimentos crus, e a HTA a uma dieta sem sal que de todo não cumpre, junto ainda a uma dieta pobre em proteínas (Fouque & Laville, 2009) por consequência da DRC que é portador.

Esta é uma questão de difícil resolução sendo que o equilíbrio do possível tem que ser mantido. O Sr. JMM não pode ficar desnutrido, mas também não pode comer de sua livre vontade.

É certo que a dieta fornecida pelo hospital não lhe agrada, somado ao facto de não gostar de iogurtes nem dos suplementos calóricos prescritos.

Neste campo a confiança que tem com o pessoal permite que vá comendo alimentos vindos do exterior, sendo que existe um reforço constante dos ensinamentos sobre a necessidade dos alimentos serem cozinhados.

Há ainda confiança suficiente para dizer que não come comida sem sal, que a comida que vem do exterior tem sal, ainda que pouco, e que a pouca comida do hospital adiciona-lhe sal tendo um pequeno saquinho de sal refinado nas suas coisas.

Monitorização de Trocas de DP

A monitorização das trocas da diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA) que são efectuadas quatro vezes por dia, com dializante de concentração de 2,3% de glicose anidrosa, e um volume de 2 litros pelo sistema da *Fresenius Medical Care*¹⁵, tem como fim a verificação do completo esvaziamento do peritónio e a certificação de utilização de técnica asséptica durante todo o processo.

A partir do momento da instalação da neutropenia, essas trocas passaram a ser feitas pelos enfermeiros, por questão de segurança da técnica asséptica, com utilização de luvas e campos esterilizados.

Este facto retira a independência ao Sr. JMM que sempre fez as trocas com o seu ritmo de vida. Por outro lado também são factor de conflito, alguns dos enfermeiros com menos destreza no conectar ou desconectar, acabam por originar comentários do Sr. JMM com a Enf.ª Susana, aos quais esta respondeu que era direito do senhor escolher com quem é que se sentia bem a ser cuidado.

O Sr. JMM disse que não era capaz de dizer isso a ninguém, que estava a desabafar com a enfermeira mas não tinha coragem de dizer que não aceitava o cuidado de ninguém.

Foi também um momento em que me foi permitido efectuar trocas de DPCA com este sistema.

A técnica em si não é difícil. Já tinha efectuado trocas no sistema Baxter Healthcare Inc. ainda que o sistema seja ligeiramente diferente o princípio é o mesmo. A questão era o contexto e a pessoa do Sr. JMM.

De qualquer modo e após consentimento, as trocas que efectuei correu sem nenhum incidente e foram momentos de partilha e estabelecimento de confiança.

¹⁵ Fonte: INFARMED (2010)

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33030&tipo_doc=fi

Durante estes momentos, e a minha condição de estagiário era bem vincada, fui estabelecendo relação terapêutica de ajuda, que domino bem, permitindo deste modo desenvolver competências em DPCA, com os conselhos e ensinamentos da Enf.ª Susana e do Sr. JMM.

Relações Interpessoais

Na última semana em que o Sr. JMM esteve internado, a médica responsável, foi ao quarto e ter-lhe-à dito: *“veja se não morre que eu na semana que vem quero dar-lhe alta”*. Esta frase terá sido dita em tom de boa disposição, na verdade o Sr. JMM, como já disse é um homem bem-disposto, mas esta brincadeira caiu-lhe mal.

Este incidente foi relatado na passagem de turno, e assim que a terminou a Enf.ª Susana foi de imediato para o quarto do Sr. JMM, normalmente ao fazê-lo diz “vou meter-me com o JMM” e desta vez nem palavra.

Também a acompanhei e verifiquei uma competência extraordinária na forma como a Enf.ª Susana ouviu a história e como o ajudou a suportar o descontentamento perante a *brincadeira*. Sem nunca desvalorizar nem o que foi dito nem o que o Sr. JMM sentia, acabou por ouvir e conversar sobre o tema, trabalhando a carga negativa, no fundo *“defendendo a causa do doente”* (Benner, 2005, p 76).

Decisão do Local de Continuação do Tratamento

Na véspera de ter alta, a médica entrou no quarto e comunicou-lhe que teria de optar entre manter-se no Serviço ou ser transferido para o Hospital [REDACTED] para manter o tratamento dos ciclos de quimioterapia.

Esta questão foi colocada ao Sr. JMM sem ser trabalhada por ninguém, as questões que ele colocou ao médico acabavam sempre com *“pois mas o Senhor é que tem que decidir”*.

Na passagem de turno esta questão foi relatada, e a colega que passou disse que o Sr. JMM perguntava a toda a gente o que é que deveria de fazer.

A Enfermeira Chefe disse que se tinha que falar com o Sr. JMM e ajudar a tomar a decisão, que de facto o processo tinha sido mal conduzido. A Enf.ª Susana disse de imediato que iria falar com ele.

Mais uma vez o cuidado da Enf.ª Susana foi ajudar a reflectir na decisão que tinha que ser tomada.

Pesar prós e contras, ver oportunidades onde não se vê nada, suportar a decisão por compreensão do modo como a doença é sentida e deste modo facilitar *“o tratamento”* (Benner & Wrubel, 1989, p 9), intervindo com os cuidados de enfermagem na vida e na experiência de doença.

A opção tomada pelo Sr. JMM foi ir para o Hospital [REDACTED].

Considerações Finais

Este contexto, estar em isolamento, em conjunto com a situação que está atravessar, nas palavras simples do Sr. JMM *“não tive mesmo sorte”*, leva-o a grande sofrimento.

Tendo por base a teoria de enfermagem de Benner & Wrubel (1989, p 7), fundamentada nos trabalhos fenomenológicos de Heidegger e Merleau-Ponty, que *“considera a maneira de ser da pessoa no mundo como um pensamento reflexivo anterior, e que, a maneira de ser configura a condição sob a qual os tratamentos serão procurados ou ajuda será apropriada”*¹⁶, este exemplo

¹⁶ Tradução livre: *“Consider the person way of being in the world as prior reflective thought; and that way of being sets up the condition under which treatments will be sought or help will be appropriated.”*

foi bastante enriquecedor para o desenvolvimento das minhas competências para a prestação de cuidados de enfermagem.

Estes episódios demonstram o modo como o tempo espaço tem sido vivido, e como os cuidados de enfermagem não devem ficar reduzidos a técnicas pois o “*humor, o medo, as relações difíceis, a administração de terapêutica, e todos os ensinamentos feitos tem efeitos diferentes em contexto de cuidar ou de não cuidar*” (Benner & Wrubel, 1989, p 4).

Partindo da prática e utilizando constantemente o pensamento reflexivo, fui integrando os conhecimentos teóricos, desenvolvendo cuidados de enfermagem complexos dirigidos à pessoa sujeito dos cuidados.

Referências

- Beimler, J., & Zeier, M. (2009). Borderline rejection after renal transplantation--to treat or not to treat. *Clinical Transplantation*, 23 Suppl 21, 19-25. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19930312&site=ehost-live>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito (Original 2001)*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California (USA): Addison Wesley Longman.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-aprendizagem* (2nd ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. CIPE/ICNP (2nd ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros (Original 2002)*. Loures: Lusociência.
- Fletcher, J. T., Nankivell, B. J., & Alexander, S. I. (2009). Chronic allograft nephropathy. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 24(8), 1465-1471. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18584214&site=ehost-live>
- Fouque, D., & Laville, M. (2009). Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD001892&site=ehost-live>
- Marchão, C., Cachado, A. de S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência Renal Crônica Terminal - Manifesta Clínicas e Opções Terapêuticas. *Manual de Hemodiálise Para Enfermeiros* (pp 49 -78). Lisboa: Fresenius Medical Care.
- National Kidney Foundation, & Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Eds.). (2002). *Clinical Practice Guidelines. For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and*

Stratification. New York - USA: National Kidney Foundation. Obtido de www.kdoqi.org

Regulamento n.º 122/2011. (18 de Fevereiro). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República* (Vol. 2ª série - N.º 35, pp 8648 - 8653). Obtido de <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Sementilli, A., David, D. R., Malheiros, D., Visona, I., Pegas, K. L., Franco, M., Soares, M. F., et al. (2008). Patologia do transplante renal: achados morfológicos principais e como laudar as biópsias. *Jornal Brasileiro de Patologia Medica Laboratorial*, 44(4), 293-304. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v44n4/a10v44n4.pdf>

Thomas, N., Küntzle, W., & McCann, M. (Eds.). (2004). *The European Core Curriculum for a Post-Basic Course in Nephrology Nursing* (2nd ed.). Luzern (Switzerland): European Dialysis and Transplant Nurse Association / European Renal Care Association (EDTNE/ERCA).

APÊNDICE XXII – Formação em Serviço EC1

PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

SERVIÇO NEFROLOGIA

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - ENFERMEIRO
AAM

TÍTULO DA FORMAÇÃO Suporte Avançado de Vida - Algoritmo Universal

DATA PREVISTA 28 out 2011 a 1 / 1 das 14 ou 15 h Total de 1 horas

LOCAL ONDE VAI DECORRER Serviço de Nefrologia

FORMADORES Artur Aurélio Maroia Bêta

- Estudante do 3º Mestrado em
Enfermagem, Área de Especialização
Médico - Cirúrgica - Urgente Nefrologia

MÉTODOS DIDÁTICOS A UTILIZAR Expositivo

MEIOS AUXILIARES A UTILIZAR Participativo - Banca de Suporte
- Apresentação Power Point.
- Modelo para prática
- Ficha prática de documentação e prática

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS
- Identificar ritmos de PCR	(1) Enquadramento das Recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação / European Resuscitation Council de 2010, no contexto do Serviço de Nefrologia.
- Sistematizar a sequência de acções em PCR.	(2) Algoritmo Universal de SAV com as particularidades do contexto.
- Identificar procedimentos de reanimação na desobstrução	(3) Prática em modelo da sequência de suporte básico de vida (EAC/ERC 2010)
- Praticar Suporte Básico de Vida (SBV)	

AValiação da acção a efectuar Exercício de cenário prático de SBV.


FORMADOR



RESPONSÁVEL FORMAÇÃO

ENFERMEIRO CHEFE

APÊNDICE XXIII – Formação em Serviço EC2

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva Orientadora – Enf.ª Susana Duarte</p>
	<p>Ensino Clínico 2 Serviço de Nefrologia</p>

Plano de Acção de Formação

Titulo	Desfibrilhação Segura
Data	15 de Dezembro de 2010
Horário	15:00 às 15:45
Acção de Formação	Uma sessão de 45’
Destinatários	Enfermeiros
Local	Serviço de Nefrologia, [REDACTED]
Formador	Artur Aurélio Marona Beja, Enf. (OE: 21221).
Meios didácticos a utilizar	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo • Método Participativo
Meios auxiliares a utilizar	<ul style="list-style-type: none"> • Data show: para apresentação PowerPoint • Carro de Reanimação do Serviço • Portefólio com referencias de suporte
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar ritmos de paragem cardio-respiratória (PCR); • Sistematizar a sequência de acções em situação de PCR; • Identificar procedimentos de segurança na desfibrilhação.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento da PCR em contexto de internamento de serviço de nefrologia; • Bases de eletrocardiografia; • Desfibrilhação segura.
Avaliação a Efectuar	Avaliação informal dos conteúdos ministrados.

Instrumento de Avaliação da Formação por Parte dos Formandos

Titulo	Desfibrilhação Segura
Data	15 de Dezembro de 2010
Horário	15:00 às 15:45
Acção de Formação	Uma sessão de 45'
Destinatários	Enfermeiros
Local	Serviço de Nefrologia, [REDACTED] [REDACTED]
Formador	Artur Aurélio Marona Beja, Enf. (OE: 21221).

Para efectuar a avaliação da acção de formação responda a cada uma das questões, colocando uma cruz na quadrícula que considerar mais adequada.

A escala de avaliação é composta por quatro pontos

1. Nada adequado
2. Pouco adequado
3. Adequado
4. Muito adequado

A informação dada nesta avaliação pretende avaliar a acção de formação e o formador.

As s informações dadas são anónimas e confidenciais.

Sobre a formação

1. Como considera a formação em relação à realidade do Serviço
Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

2. Como considera os conteúdos
Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

3. Como considera os meios auxiliares didácticos utilizados
Nada adequado ☐ Pouco adequado ☐ Adequado ☐ Muito adequado ☐

4. Como considera o tempo da formação

Nada adequado	<input type="checkbox"/>	Pouco adequado	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Muito adequado	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

5. Como considera o rigor científico

Nada adequado	<input type="checkbox"/>	Pouco adequado	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Muito adequado	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

Sobre o formador

6. Como considera o domínio dos conteúdos

Nada adequado	<input type="checkbox"/>	Pouco adequado	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Muito adequado	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

7. Como considera a capacidade de comunicação do apresentador

Nada adequado	<input type="checkbox"/>	Pouco adequado	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Muito adequado	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

8. Como considera a apresentação de forma geral

Nada adequado	<input type="checkbox"/>	Pouco adequado	<input type="checkbox"/>	Adequado	<input type="checkbox"/>	Muito adequado	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

Sugestões

Muito Obrigado

Avaliação da Formação

Os resultados da Validação do Protocolo Clínico são apresentados a partir do tratamento de dados através do programa SPSS Statistics 17.0.

Na análise estatística foi utilizada a obra de Coelho, Cunha e Martins (2008) *“Inferência Estatística. Como Utilização do SPSS e G*power”*

Matiz de Resultados

Na *Tabela 1* é apresentado o valor de todas as respostas dadas pelos participantes nas questões que compunham o instrumento de colheita de dados.

Tabela 5 - Matriz de Resultados

		Avaliação da Formação no [REDACTED]							
		Sobre a formação					Sobre o formador		
		1	2	3	4	5	6	7	8
Questionários	1	4	4	4	3	4	4	4	4
	2	4	4	2	2	3	4	4	4
	3	4	4	2	1	4	4	4	4
	4	4	4	4	2	4	4	4	4
	5	4	4	4	3	4	4	4	4
	6	4	4	0	4	4	4	4	4
	7	4	4	4	4	4	4	4	4
	8	4	4	3	3	3	4	4	4
	9	4	3	3	2	4	4	4	3
	10	4	4	0	4	4	4	4	4
	11	4	4	4	2	4	4	4	4
	12	4	4	4	2	4	4	4	4

As questões de 1 a 8 foram validadas através de uma escala de *Likert* de quatro pontos encontrando-se na *Tabela 2* a respectiva tradução qualitativa.

Tabela 6 - Escala de Likert

Legenda	
1	Nada Adequado
2	Pouco Adequado
3	Adequado
4	Muito Adequado

Análise de Resultados

O conjunto da análise deste dados indicam que os peritos consideram *Muito Adequado* todos os itens avaliados, com exceção dos item 3, referente aos meios auxiliares didáticos utilizados, e 4, tempo da formação, que foram considerados adequados.

Tabela 7 - Teste de Kolmogorov-Smirnov

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test									
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008
N		12	12	12	12	12	12	12	12
Normal Parameters ^a ..b	Mean	4,0000	3,9167	2,8333	2,6667	3,8333	4,0000	4,0000	3,9167
	Std. Deviation	,00000 ^c	,28868	1,52753	,98473	,38925	,00000 ^c	,00000 ^c	,28868
Most Extreme Differences	Absolute		,530	,277	,251	,499			,530
	Positive		,386	,223	,251	,334			,386
	Negative		-,530	-,277	-,166	-,499			-,530
Kolmogorov-Smirnov Z			1,837	,961	,869	1,729			1,837
Asymp. Sig. (2-tailed)			,002	,314	,437	,005			,002

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

APÊNDICE XXIV – Lista de Verificação do Carro de Emergência

Carro de Reanimação Emergência

Gavetas Laterais

Superior	Nº
Luvas 6	4
Luvas 6,5	4
Luvas 7	4
Luvas 7,5	4
Luvas 8	4

Prateleira Superior

Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº
Canula de taqueostomia	1	Adesivo 1/2"	1	Cabo	2
Kit cricotiroidectomia	1	Adesivo 1"	1	Lâmina 1/2/3/4	1
Mascara da ambú	1	Xilocina spray	1	Condutor metálico	1
Estetoscópio	1	Luvas de aspiração	10	Pinça Maguill	1
Nasofaríngeo nº 24 e 26	2	Laminas de bisturi	4	Seringa 10 cc	1
Tubo E.T. 6/6.5/7/7.5/8	2	Lidocaína gel	1	Nastro	2
				Tetracaina Gel	4

Suporte

Nome	Nº
Ambú c/ Mas nº5	2
Guedell2/3/4/6	2

Próximo produto a terminar validade:

Data: ____/____/____

1ª Gaveta - MEDICAÇÃO

Intermédia	Nº
Gel desfibrilhador	1
Pá de Pace	1
Rolos ECG	2
Eletrodos	

Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº
						Propofol	5	Sulfato Mg	3	Toepental	2
Midazolan	5	Nalaxona	4	Noeostigmina	3	Noradrenalina	3	Nitormint	1	Propanolol	5
								Metaclopramida	5	MTP	2
Flumazenil	3	Furosemido	10	Gluconato Ca	5	Hidrocortizona	5	Efedrina	5	Lidocaína	4
Diazepan	5	Digoxina	5	DNI	5	Dobutamina	5	Dopamina	5	Bicarbonato	4
Adenosina	5	Adrenalina	20	Amiodarona	5	Atropina	20	Aminofilina	5	Cloreto Ca	5

2ª Gaveta - CONSUMO CLÍNICO

Inferior	Nº
SNG 14/16/18	2
Sacos colectores	2

Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº
								Seringas Gases	3	S. Insulina	5
Seringas 50Cc	1	Cloreto de sódio 10cc	15	Cloreto de potássio	5	Glicose Hipertónica	5	Seringas10CC	5	Seringas20CC	5
Tubus de análises	5	Agulhas butterfly	3	Abocath 20	5	Abocath 22	5	Seringas 5CC	5	Seringas2CC	5
Tampas de sonda	5	Laminas de bisturi	5	Steril Stip	2	Suturas	4				

3ª Gaveta - CONSUMO CLÍNICO

Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº
Torneiras de 3 vias	5	Compressas 10x10	5								
Dx 5% H2O 100cc	2	Compressas 40x20	5	Sistemas de soros	5	Sistema de sangue	5	Controlador Fluxo	3	Prolongamentos	5
Soro Fisológico 100cc	3	Bicarbonato 8,4% 100	3	Seringas Sonda	2	Tegaderme 6/7	5	Tegaderme10/12	5		

Data da verificação actual:

____/____/____


Nº do selo:

O/A Enfermeiro/a:

Nome	Nº	Nome	Nº	Nome	Nº
				Sonda S-Blakmor	1
		Mascara de alta concentração	2	Luvas latex	2
		Mascara Venturi	2		
Camara expansora	1	Oculos Nasais	2	Soro Fisiológico 500cc	1
Manitol 10% e 20%	1	Gelofundina 500cc	1	Dx 5% SF 500cc	1

*Isoprenalina está no frigorífico

APÊNDICE XXV – Caracterização do EC 3

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p><i>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</i></p>	<p><i>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</i></p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva</p>
	<p>Caracterização Ensino Clínico 3 Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]</p>

4 Janeiro de 2012

O EC3 decorreu no SU Geral do Centro Hospitalar [REDACTED] (CH), localizado no Hospital de [REDACTED] em Lisboa, sendo o contexto da minha prática, onde desempenhando funções de Enfermeiro-Chefe-de-Equipa.

Caracterização do Campo EC3

No CH encontra-se implementado o Sistema de Triage de Manchesterque (Freitas, 1997) inclui uma categorização das pessoas que recorrem ao SU, atribuindo a cada uma cor diferente, de acordo com o grau de gravidade e tempo alvo para atendimento.

Este sistema de triagem determina a dinâmica de funcionamento do SU, sendo o espaço físico estruturado, e as dotações de recursos humanos efectuados em função das áreas de atendimento, para dar resposta ao encaminhamento dos diversos níveis de gravidade, para cada uma das especialidades médicas.

No início do EC3, por determinação da tutela, foi reorganizado todo o sistema de referênciação do doentes urgentes da cidade de Lisboa com o encerramento de um outro SU de categoria medico cirúrgico (Despacho 18459/2006, 12 de Setembro).

Este facto levando á inclusão de novas áreas de influência no [REDACTED], o que originou um acréscimo no número de episódios de urgência registados.

Um outro efeito da referida reorganização, foi a necessite de incluir recursos humanos do SU que encerrou no CH., levando a contingências próprias dos processos de integração e mudança.

Discrição

Entende-se por Urgência: “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. Deste conceito decorre o de Emergência: “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Despacho 18459/2006, 12 de Setembro).

O Despacho 18459/2006 (12 de Setembro) que aprova a “Rede de Referênciação Hospitalar de Urgência/Emergência” classifica no ponto 2, alínea c), “‘Serviço de urgência polivalente’ o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizado em regra num hospital central/centro hospitalar (...)”.

O SU onde decorreu o EC3, corresponde a um Serviço de Urgência Polivalente que articulação com as urgências específicas de Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria, segundo as respectivas redes de referenciação.

Missão

O SU tem como missão a prestação de cuidados de primeira necessidade num curto espaço de tempo, para evitar o agravamento irreversível e colocar fora de perigo, fazendo uso da concentração de meios disponíveis e pessoal preparado (Despacho 18459/2006, 12 de Setembro).

O CH tem como missão “ prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde”. E pauta a sua atividade pelos seguintes valores, “competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; atividade orientada para resultados; trabalho em equipa/multidisciplinar e multiprofissional; boas condições de trabalho” (Regulamento Interno do Centro Hospitalar [REDACTED], 2007).

Estrutura Física

Em termos gerais, é constituído por duas áreas principais:

- A área de ambulatório integra os Balcões Gerais de Atendimento, classificados com as prioridades que correspondem respetivamente à atribuição das cores mencionadas: Muito Urgente – Laranja; Urgente - Amarelo, Pouco Urgente – Verde, e Não Urgente – Azul, onde são assistidos depois de encaminhados da Triagem;
- A área de ambulatório é ainda dotada de quatro Balcões de Especialidade, Pequena Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, onde é feito o atendimento de especialidade das pessoas a quem foi atribuído nível de triagem compatível com o ponto anterior.
- Unidade de Observação (UO), constituída por cinco salas, com as necessárias condições de monitorização e vigilância intensiva de pessoas em situação crítica e uma sala de isolamento com capacidade para uma pessoa, com as mesmas características.
- A UO é ainda composta por quatro Salas de Emergência, cada uma dotada de recursos para fazer frente a situações consideradas de Emergência – cor Vermelha, com capacidade para uma pessoa em cada sala.

A capacidade total da UO é de 26 pessoas.

Dotação de Recursos de Enfermagem

A equipa de Enfermagem do SU é constituída por 118 enfermeiros, dos quais, uma Enfermeira – Chefe do Serviço.

Os restantes Enfermeiros encontram-se devidos da seguinte forma:

- Uma equipa de horário fixo composta por 9 Enfermeiros, 4 dedicados ao apoio à gestão direta colaboração com a Enfermeira-Chefe;
- Os restantes 108 Enfermeiros, encontram-se distribuídos por cinco equipas de 21 ou 22 Enfermeiros.

Do total de Enfermeiros 15 são especialistas, e destes 10 em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Cada uma das equipas é chefiada por um Enfermeiro-Chefe-de-Equipa, sendo que os quatro mais velhos de cada equipa são considerados de referência, podendo chefiar a equipa em caso de ausência Chefe-de-Equipa.

Método de Trabalho


O método de trabalho é do Enfermeiro responsável por sector, existindo uma dotação mínima em cada um dos turnos.

O número de Enfermeiros que constituem a dotação de cada um dos turnos é determinado pela afluência e carga de trabalho ao longo do dia, sendo de 15 na noite, 20 na manhã e 20 na tarde.

Nas dotações para assegurar cuidado e gestão do SU a Enfermeira Chefe não é contabilizada.

Na manhã dos 20 Enfermeiros, 18 são para assegurar a prestação de cuidados e dois para o apoio à gestão.

APÊNDICE XXVI – Resultados da Validação do Protocolo Clínico

 <p>2º Curso de Mestrado em Enfermagem</p> <p>Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermagem Nefrológica</p>	<p>“Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Renal Crónica no Serviço de Urgência.</p> <p><i>Abordagem da DRC no SU “</i></p>
	<p>Estudante – Artur Marona Beja, Enf. Docente – Prof. Maria Saraiva</p>
	<p>Objectivos do Ensino Clínico Serviço de Urgência do Centro Hospitalar [REDACTED]</p>

Resultados da Validação do Protocolo Clínico pelo Painel de Peritos

Os resultados da Validação do Protocolo Clínico são apresentados a partir do tratamento de dados através do programa SPSS Statistics 17.0.

Na análise estatística foi utilizada a obra de Coelho, Cunha e Martins (2008) *“Inferência Estatística. Como Utilização do SPSS e G*power”*¹

Matiz de Resultados

Na *Tabela 1* é apresentado o valor de todas as respostas dadas pelos participantes nas questões que compunham o instrumento de colheita de dados.

Tabela 8 - Matriz de Resultados

		Validação do Protocolo Clínico							
		Questões							
		1	2	3	4	5	6	7	Sugestões
Participantes	1	3	3	4	4	4	4	3	Sim
	2	3	4	3	3	4	4	2	Sim
	3	4	4	3	3	4	3	3	Sim
	4	3	3	4	4	4	3	4	Sim
	5	3	4	4	4	4	4	4	Não
	6	4	4	4	4	3	4	4	Não
	7	4	3	4	3	3	3	4	Não
	8	3	4	4	4	3	3	3	Não
	9	4	4	4	4	4	4	4	Não
	10	3	4	3	4	3	4	4	Sim
	11	4	4	4	4	4	4	4	Sim
	12	3	3	4	4	4	3	4	Não
	13	4	4	4	4	3	3	3	Sim
	14	4	4	4	4	3	3	4	Sim
	15	4	4	4	4	3	4	4	Sim

¹ Coelho, J. P., Cunha, L. M., & Martins, I. L. (2008). *Inferência Estatística. Como Utilização do SPSS e G*power*. Lisboa: Edições Sílabo.

As questões de 1 a 7 foram validadas através de uma escala de *Likert* de quatro pontos encontrando-se na *Tabela 2* a respectiva tradução qualitativa.

Tabela 9 - Escala de Likert

Legenda	
1	Nada Adequado
2	Pouco Adequado
3	Adequado
4	Muito Adequado

Análise de Resultados

A *Tabela 3* contem as medidas de tendência central dos dados apurados, o valor da média das respostas situa-se [3,5333 a 3,8000], apresentado uma média e mediana coincidentes de 4,00.

Tabela 10 - Medidas de Tendência Central

		Statistics							
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008
N	Valid	15	15	15	15	15	15	15	15
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,5333	3,7333	3,8000	3,8000	3,5333	3,5333	3,6000	
Median		4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	
Mode		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	

As medidas de dispersão contidas na *Tabela 4*, apresentam um mínimo de 3 pontos em todas as variáveis com exceção da variável 7 onde o valor é 2, e um máximo de 4 em todas as variáveis.

O desvio padrão encontra-se compreendido de [0,41404 a 0,63246] em cada um dos 7 itens.

Tabela 11 - Medidas de Dispersão

Descriptive Statistics							
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
VAR00001	15	3,00	4,00	3,5333	,51640	-2,308	1,121
VAR00002	15	3,00	4,00	3,7333	,45774	-,734	1,121
VAR00003	15	3,00	4,00	3,8000	,41404	,897	1,121
VAR00004	15	3,00	4,00	3,8000	,41404	,897	1,121
VAR00005	15	3,00	4,00	3,5333	,51640	-2,308	1,121
VAR00006	15	3,00	4,00	3,5333	,51640	-2,308	1,121
VAR00007	15	2,00	4,00	3,6000	,63246	1,264	1,121
Valid N (listwise)	15						

Na *Tabela 5* são apresentados os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov com uma variação [1,357 a 1,880] que aponta para uma distribuição normal de respostas em todas as variáveis.

Tabela 12 - Teste de Kolmogorov-Smirnov

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test								
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007
N		15	15	15	15	15	15	15
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	3,5333	3,7333	3,8000	3,8000	3,5333	3,5333	3,6000
	Std. Deviation	,51640	,45774	,41404	,41404	,51640	,51640	,63246
Most Extreme Differences	Absolute	,350	,453	,485	,485	,350	,350	,403
	Positive	,316	,280	,315	,315	,316	,316	,264
	Negative	-,350	-,453	-,485	-,485	-,350	-,350	-,403
Kolmogorov-Smirnov Z		1,357	1,755	1,880	1,880	1,357	1,357	1,561
Asymp. Sig. (2-tailed)		,050	,004	,002	,002	,050	,050	,015

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

O conjunto da análise deste dados indicam que os peritos consideram *Muito Adequado* todos os itens avaliados.

Por último a *Tabela 6*, apresenta o resultado do contributo dos participantes, elemento que corresponde ao item 8 da matriz, revelando que 60% (n=9) contribuíram com sugestões e comentários para o protocolo clínico.

Tabela 13 - Sugestões dos Participantes

VAR00008					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	40,0	40,0	40,0
	Sim	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação da Acção de Formação EC1

AVALIAÇÃO ACÇÃO DE FORMAÇÃO

A acção de formação “Suporte avançado de vida – algoritmo universal” foi apresentada pelo enfermeiro Artur Beja no serviço de nefrologia do [REDACTED] no âmbito do seu estágio do 2º mestrado em enfermagem, área de especialização médico-cirúrgica, vertente nefrológica.

Acção de formação que decorreu da necessidade sentida no serviço de nefrologia e cujo tema consta do plano de formação para 2011, pelo que a temática se reveste de toda a pertinência.

Acção com participação de 60% dos enfermeiros do serviço e que terá continuidade com o treino programado para 2012 a todos os enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço de nefrologia.

A acção foi planeada de acordo com as necessidades sentidas, integrando uma parte teórica com uma parte prática/demonstrativa.

Considero deste modo que:

- Os conteúdos abordados foram adequados;
- A metodologia utilizada foi adequada;
- Os meios pedagógicos utilizados foram adequados;
- O tempo utilizado foi respeitado e o adequado;
- O material didáctico disponibilizado para o serviço foi excelente e permite uma actualização de conhecimentos e a continuidade da formação à restante equipa de enfermagem.
- O desempenho do formador foi excelente, pelos conhecimentos que demonstrou possuir da área temática, pela sua capacidade de comunicação, pela simplicidade e rigor científico e técnico com que apresentou o tema e pela interacção conseguida com os formandos durante apresentação.

Deste modo considero que a acção na sua globalidade atingiu um **nível excelente**.

Lisboa [REDACTED], 28 de Outubro de 2011

Eugénia Santos

(Enfermeira Chefe Serviço
Nefrologia)

ANEXO II – Avaliação Qualitativa do EC1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA – ÁREA DE ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

Avaliação do Estágio com Relatório

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O enfermeiro Beja é um profissional muito atento e interessado. Sempre pronto a aprender e a ensinar, bem como a colaborar.

A acção de formação sobre suporte básico e avançado de vida foi dada de forma muito clara, precisa e prática. Foi muito participada e avaliada por todos os enfermeiros presentes como muito oportuna e muito fácil de memorizar.

De relacionamento fácil integrou-se facilmente.

Avaliação qualitativa, muito bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 -Muito bom; d) 18 a 20 -Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:

Orientador Paula Luz

Assinatura Paula Luz

Data: **4/ 11/ 2011**

Estudante

ANEXO III – Avaliação Qualitativa do EC2

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do Campo da Prática Clínica:

O Estudante Artur Beja realizou um percurso que lhe permitiu atingir todos os objetivos previamente projetados. Considero que o Artur é um profissional com competências muito desenvolvidas, dignas de serem consideradas competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Apresenta um corpo de conhecimentos que suportam grandemente a sua prestação, demonstrando muita segurança em tudo o que realiza. Foi um estudante que se salientou, tendo o reconhecimento dos restantes elementos da equipa. Apresentou uma linha condutora do seu ensino clínico, fundamentada e que permitiu integrar os conhecimentos e experiências vividas para o seu desenvolvimento profissional e pessoal. Em relação às áreas de intervenção da Enfermagem Nefrológica à pessoa em situação de doença renal, tenho a salientar que o Artur tem perfeita consciência dos aspetos que desenvolveu e das competências que adquiriu e também da necessidade de continuar a trabalhar, pois a sua experiência profissional não está diretamente relacionada com a realidade vivenciada. Esta experiência possibilitou desenvolver competências as quais considero que desenvolveu até ao nível de iniciado/iniciado avançado, nomeadamente em relação ao acompanhamento de pessoas com história de doença renal crónica com necessidade de técnica de substituição renal, mais especificamente de Diálise Peritoneal e Acompanhamento de pessoas após realização de transplante renal.

Considero que o balanço desta experiência é muito positivo, pelo que avalio o Ensino Clínico do Estudante Artur Beja como Excelente.

Orientador: Susana Duarte